

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพ และอุบัติเหตุส่วนบุคคล

บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) เลขที่ 98 อาคารสาทร สแควร์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 14 - 15 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
โทรศัพท์ : 0 2677 0000 โทรสาร : 0 2230 6500 ศูนย์บริการข้อมูลสมาชิกเอ็ทน่า 0 2232 8666 (บริการ 24 ชม.)

ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย IWF
ที่อยู่ของผู้ขอเอาประกันภัย
.....
ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ
.....
โทรศัพท์ (บ้าน) (ที่ทำงาน) (มือถือ)
(โทรสาร) อีเมล
- ข้อมูลส่วนตัว เลขที่บัตรประชาชน วัน เดือน ปีเกิด อายุ ปี
ประเทศถิ่นกำเนิด ประเทศที่อยู่อาศัย น้ำหนัก (กก.) ส่วนสูง (ซม.)
- อาชีพของผู้ขอเอาประกันภัย ตำแหน่ง
สถานที่ทำงาน
กรุณาอธิบายลักษณะของงาน (อาชีพ)
รายได้/เดือน
- ชื่อผู้รับประกันภัย 1 ความสัมพันธ์
ที่อยู่ โทรศัพท์
ชื่อผู้รับประกันภัย 2 ความสัมพันธ์
ที่อยู่ โทรศัพท์
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มวันที่ สิ้นสุดวันที่
- โปรดระบุชื่อแผนประกันภัยที่ท่านเลือก จำนวนผลประโยชน์ บาท
ความคุ้มครองเพิ่มเติม คลอดบุตร ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ
 อื่นๆ (โปรดระบุ)
- การต่ออายุอัตโนมัติ
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยทุกครั้งที่ครบกำหนด โดยยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่าน บัตรเครดิต หรือเงินฝาก
ธนาคารตามที่ให้ข้อมูลไว้กับบริษัทฯ
- กรุณาเลือกวิธีการรับค่าสินไหมทดแทน: เช็ค (Cheque) โอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (Bank Transfer)
ชื่อบัญชีของธนาคารที่ท่านต้องการโอนเงิน ในกรณีที่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
ธนาคาร สาขา เลขบัญชี
- ท่านประสงค์รับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด
 รับเป็น e-policy ทางอีเมล (E-mail) ที่ระบุไว้ รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้
- ท่านมีหรือเคยมี ประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต หรือ ประกันภัยอุบัติเหตุ ของบริษัท เอ็ทน่า หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท
จำนวนเงินเอาผลประโยชน์ บาท)
- ท่านมีหรือเคยมีประกัน แผนชดเชยรายได้หรือไม่
 ไม่มี มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท
จำนวนเงินเอาผลประโยชน์ที่ทุกบริษัทรวมกัน บาท/วัน)

11. ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทอื่นนำ หรือบริษัทประกันภัยใดหรือไม่
 ไม่เคย เคย (ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัท.....
 จำนวนเงินผลประโยชน์.....บาท)
12. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอก (OPD) หรือ พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (IPD) เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือนำบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัด หรือไม่
 ไม่เคย เคย (กรุณาระบุรายละเอียดตามตารางข้างล่าง)
13. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าท่านเคยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคลมชัก โรคทางสมองและระบบประสาท ภาวะอัมพาต โรคสมองฝ่อ โรคเลือดออกในสมอง โรคเนื้องอก ก้อนน้ำหรือมะเร็งทุกชนิด โรคไต โรคตับ โรคเลือด โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เอดส์) โรคกระดูกและข้อ โรคไทรอยด์ โรคเก๊าท์ โรคภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง โรคทางเดินหายใจ และโรคปอด เช่น หอบหืด กุญลมโป่งพอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรควัณโรค หรือ โรคอื่นๆ หรือไม่
 ไม่เคย เคย (กรุณาระบุรายละเอียดตามตารางข้างล่าง)
14. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่
 ไม่เคย เคย (กรุณาระบุรายละเอียดตามตารางข้างล่าง)

กรณีแถลงว่าเคยในข้อ 11 -13 กรุณาระบุรายละเอียดในตารางต่อไปนี้ กรณีช่องว่างไม่เพียงพอ กรุณาระบุเพิ่มในตารางเพิ่มเติมด้านล่าง

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือ รับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

15. ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคย มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่างการพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วย ปัญหาพัฒนาการ โรคจิตประสาท โรคพิษสุราเรื้อรัง การใช้สารเสพติด กุญพลภาพ พิการ หรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
16. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หรือไม่
 ไม่เคย เคย อยู่ระยะพักฟื้น/พักรักษาตัว โปรดระบุ.....
17. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) ที่ยังมีได้เข้ารับการปรึกษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
18. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคอื่นๆ หรือไม่
 ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น.....
19. ท่านเคยมีอาการ หรือได้รับการรักษาด้วยอาการมีไข้ ผื่นที่ผิวหนัง ต่อม้ำเหลืองโต เยื่อหุ้มปอดอักเสบ เยื่อหุ้มช่องท้องอักเสบ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออักเสบ ปวดข้อ ข้ออักเสบ เป็นระยะเวลาติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปหรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ ประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย (กรุณาเลือกเพียงกรณีใดกรณีหนึ่ง ตามด้านล่าง)

กรณีที่ 1. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูล เกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากร กำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์

กรณีที่ 2. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท เอ็กน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย ต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ (กรณีที่ท่านเลือกยินยอม กรุณากรอกข้อมูล ส่วนของผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามเอกสารแนบเพิ่มเติม)
- ไม่ยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออกเลิกสัญญาประกันภัยได้

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัย และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพ ในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท เอ็กน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือ องค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

.....
ผู้ขอเอาประกันภัย	ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์)	วันที่รอกใบสมัคร (วัน / เดือน / ปี)
<input type="radio"/> ตัวแทนประกันวินาศภัยรายนี้ Agent	<input type="radio"/> นายหน้าประกันวินาศภัยนี้ Broker	ใบอนุญาตเลขที่..... License No.

ภายใน 15 วัน นับจากผู้ขอเอาประกันภัยได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัท ผู้ขอเอาประกันภัยสามารถยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย (Free Look Period) โดยส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัท และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัท ฉบับละ 0 บาท ภายใน 15 วัน นับจากวันที่บริษัทได้รับแจ้งการยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย หากผู้ขอเอาประกันภัยมีใ้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้น บริษัทจะถือว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นว่าถูกต้อง และสัญญาประกันภัยจะมีผลต่อเนื่องไปจนกว่าบริษัทจะได้รับการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อหากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ตารางเพิ่มเติม

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือ รับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)