



ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล สวิตซ์แคร์ SwitchCare Individual Health and Accident Application Form

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย / Details of the Applicant

ชื่อ-นามสกุล Name -Surname	วัน/เดือน/ปีเกิด Date of Birth		
ส่วนสูง(ซม.) Height (cm)	น้ำหนัก(กก.) Weight (kg)	สัญชาติ Nationality	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง ID Card No. / Passport
ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก* Principal Country of Residence*	ที่อยู่ติดต่อได้ Present Address		
โทรศัพท์บ้าน Telephone Number	โทรศัพท์มือถือ Mobile	อีเมล Email	
อาชีพ (ตำแหน่งงาน) Occupation (Position)	ลักษณะงาน Nature of Work		
ผู้รับประโยชน์ The Beneficiary	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย Relationship to the Applicant		

2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย / Period of Insurance

เริ่มต้นวันที่ From	สิ้นสุดวันที่ To	เวลา 24.00 น. at 24.00 hours
------------------------	---------------------	---------------------------------

3. แผนประกันภัย และ / หรือ รายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง / Insurance Plan and / or Details for Coverage Required

อาณาเขตความคุ้มครอง Area of Cover	<input type="checkbox"/> 1. เอเชีย ยกเว้น ประเทศจีน ฮองกง สิงคโปร์ มาเก๊า และ ไต้หวัน / Asia excluding China, Hong Kong, Singapore, Macau and Taiwan <input type="checkbox"/> 2. เอเชีย / Asia <input type="checkbox"/> 3. ทั่วโลก ยกเว้น สหรัฐอเมริกา / Worldwide excluding USA			
ความคุ้มครองหลัก Core Plan Benefits	<input type="checkbox"/> แผน / PLAN 1	<input type="checkbox"/> แผน / PLAN 2	<input type="checkbox"/> แผน / PLAN 3	<input type="checkbox"/> แผน / PLAN 4
ความคุ้มครองเสริม Optional Benefits	<input type="checkbox"/> ผลประโยชน์ผู้ป่วยนอกเท่านั้น / Outpatient Benefits Only <input type="checkbox"/> ผลประโยชน์ผู้ป่วยนอก และ ผลประโยชน์ทันตกรรม การรักษาสายตา และการคลอดบุตร / Outpatient & Dental, Optical and Maternity Benefits			
ความรับผิดชอบส่วนแรก หรือ ค่าใช้จ่ายร่วม (ตัวเลือกเพิ่มเติม) Deductible or Co-payment (Optional)	ความรับผิดชอบส่วนแรกสำหรับผลประโยชน์ผู้ป่วยในต่อปี Inpatient Annual Deductible <input type="checkbox"/> 60,000 ต่อปี / per year <input type="checkbox"/> 120,000 ต่อปี / per year <input type="checkbox"/> 240,000 ต่อปี / per year		ค่าใช้จ่ายร่วมสำหรับผลประโยชน์ผู้ป่วยนอก Outpatient Co-Payment <input type="checkbox"/> 10% Co-payment <input type="checkbox"/> 20% Co-payment	



4. การชำระเบี้ยประกันภัย / Payment

เบี้ยประกันภัย

Premium Payment

รายปี
Annually

จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ
Premium Payable Amount

บาท
_ Baht

5. โปรดระบุชื่อแพทย์ที่ท่านพบบ่อยที่สุดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ถ้ามี)

Please advise physician's name(s) you mostly visited in the past 5 years (If any)

ชื่อ-นามสกุล แพทย์
Name - Surname of Physician

ชื่อสถานพยาบาล
Name of Hospital

ที่อยู่
Address

โทรศัพท์ที่ติดต่อได้
Telephone No.

6. รายชื่อสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการสมัครรวมความคุ้มครอง

Name of family member(s) to be insured

รายละเอียดของคู่สมรส (ถ้าขอเอาประกันภัย) / Details of Spouse (Optional)

ชื่อ-นามสกุล
Name - Surname

วัน/เดือน/ปีเกิด
Date of Birth

ส่วนสูง(ซม.) น้ำหนัก(กก.)
Height (cm) Weight (kg)

สัญชาติ
Nationality

เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง
ID Card No. / Passport

ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก*
Principal Country of Residence*

ที่อยู่ติดต่อได้
Present Address

โทรศัพท์บ้าน
Telephone Number

โทรศัพท์มือถือ
Mobile

อีเมล
Email

อาชีพ (ตำแหน่งงาน)
Occupation (Position)

ลักษณะงาน
Nature of Work

ผู้รับประโยชน์
The Beneficiary

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
Relationship to the Applicant

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ ลำดับที่ 1 (ถ้ามี) / Details of Dependent #1 (Optional)

ชื่อ-นามสกุล
Name - Surname

วัน/เดือน/ปีเกิด
Date of Birth

อายุ
Age

เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง
ID Card No. / Passport No.

ส่วนสูง(ซม.)
Height (cm)

น้ำหนัก(กก.)
Weight (kg)

ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก*
Principal Country of Residence*

ผู้รับประโยชน์
The Beneficiary

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย
Relationship to the Applicant



รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ ลำดับที่ 2 (ถ้ามี) / Details of Dependent #2 (Optional)

ชื่อ-นามสกุล

Name - Surname

วัน/เดือน/ปีเกิด

Date of Birth

อายุ

Age

เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง

ID Card No. / Passport No.

ส่วนสูง(ซม.)

Height (cm)

น้ำหนัก(กก.)

Weight (kg)

ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก*

Principal Country of Residence*

ผู้รับประโยชน์

The Beneficiary

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

Relationship to the Applicant

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ ลำดับที่ 3 (ถ้ามี) / Details of Dependent #3 (Optional)

ชื่อ-นามสกุล

Name - Surname

วัน/เดือน/ปีเกิด

Date of Birth

อายุ

Age

เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง

ID Card No. / Passport No.

ส่วนสูง(ซม.)

Height (cm)

น้ำหนัก(กก.)

Weight (kg)

ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก*

Principal Country of Residence*

ผู้รับประโยชน์

The Beneficiary

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย

Relationship to the Applicant

หมายเหตุ / Remark

*ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก หมายถึง ประเทศที่ผู้ขอเอาประกันภัยอาศัยอยู่มากกว่า 185 วันต่อปี ซึ่งจะระบุเป็นที่อยู่ของผู้ได้รับความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย ผู้เอาประกันภัยจะต้องแจ้งให้บริษัททราบ ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองรายหนึ่งรายใดเปลี่ยนแปลงประเทศที่อยู่อาศัยหลักซึ่งอาจมีผลกระทบต่อความมีสิทธิของผู้ได้รับความคุ้มครองตาม ผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัย หากผู้เอาประกันภัย มีได้แจ้งให้บริษัททราบในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว บริษัทอาจปฏิเสธที่จะจ่ายผลประโยชน์ได้

สมาชิกในครอบครัวในใบคำขอเอาประกันภัยนี้จะต้องเป็นสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันกับผู้ขอเอาประกันภัย หากมีได้อาศัยอยู่ด้วยกัน โปรดแยกกรอกในใบคำขอต่างหาก

*Principal Country of Residence means the country where the Applicant lives for more than 185 days/year which will be shown as the Covered Person's address in the Policy. The Insured must inform the Company if any Covered Person changes his/her Principal Country of Residence, as this may affect his/her eligible benefits afforded by this Policy. If the Insured fails to inform the Company about such change, the Company may deny paying eligible benefits.

Family Member(s) in this Application Form must be the person(s) living together with the Applicant. If not, please use a separate Application Form.

7. กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพอื่นๆ / Other health insurance policies

ท่านได้มีการเอาประกันภัยสุขภาพอื่นๆ กับบริษัท หรือบริษัทอื่นๆ เอาไว้หรือไม่?

Do you have other health insurance policy(ies) with AXA Insurance PCL or other insurance company(ies)?

ใช่
YES

ไม่ใช่
NO

ผู้ขอเอาประกันภัยหรือสมาชิกที่ต้องการให้คุ้มครอง เคยถูกปฏิเสธการประกันภัยหรือรับประกันภัยโดยมีเงื่อนไขพิเศษหรือถูกปฏิเสธ การต่ออายุประกันภัย โดยบริษัทประกันภัยหรือไม่?

Has the Applicant or family members to be insured ever been declined for insurance or accepted with special conditions or refused for insurance renewal by the insurance company?

ใช่
YES

ไม่ใช่
NO

ถ้าท่านตอบ "ใช่" ในคำถามข้างต้น โปรดระบุรายละเอียด (รวมทั้ง ชื่อบริษัท, แผนการประกันภัย, ระยะเวลาเอาประกันภัย, และเลขที่กรมธรรม์ประกันภัย ถ้ามี)

If your answer is "YES" to any of the above questions, please give details (including Company's name, insurance plan, period of insurance, and the policy number, if any)

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพหลโยธิน แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
1168/67 Lumpini Tower 23rd FL, Rama 4 Rd., Thung Mahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Tel. +66 2118 8111 Fax: +66 2285 6383 Email: axathai@axa.co.th

axa.co.th



8. ข้อมูลสุขภาพ / Health data

ส่วนที่ 1 โปรดแถลงข้อมูลสุขภาพโดยใส่เครื่องหมาย และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้

Part 1 : Please truthfully declare health data by ticking "YES" or "NO" to each question, as follows:

คำถาม Questions	ผู้เอาประกันภัย Main Applicant	สมาชิกคนที่ #2 Applicant # 2	สมาชิกคนที่ #3 Applicant # 3	สมาชิกคนที่ #4 Applicant # 4
	ชื่อ / Name	ชื่อ / Name	ชื่อ / Name	ชื่อ / Name
1. ท่านเคยได้รับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน หรือได้รับการผ่าตัด/แนะนำให้ผ่าตัด ภายในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่? Have you ever been hospitalised as an inpatient, undergone, or been advised to undergo surgery in the past 5 years?	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO
2. ท่านเคยได้รับการปรึกษาทางการแพทย์จากแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่? Have you ever had medical consultation with a physician or a medical specialist in the past 5 years?	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO
3. ท่านเคยหรือมีอาการผิดปกติของร่างกายแต่ไม่ได้ทำการปรึกษาแพทย์ในช่วงห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่? Have you ever experienced or had symptoms of physical abnormality but failed to consult with a physician in the past 5 years?	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO
4. ท่านมีโรคเรื้อรังหรือได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือเกิดความพิการของร่างกาย หรือมีโรคที่ เกิดขึ้นซ้ำซ้อน ในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่? Do you have any pre-existing chronic disease or receive continuing treatment or physical abnormality or recurrent disease in the past 5 years?	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO
5. ท่านเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการหรือภาพถ่าย เช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา อัลตราซาวด์ หรืออื่นๆ ในช่วงระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่? Have you ever done a diagnostic test in the past 5 years such as, but not limited to CT Scan, MRI, pathological biopsy, Ultrasound?	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO
6. ท่านมีความจำเป็นที่จะต้องปรึกษาแพทย์ในอนาคตหรือไม่? Do you foresee a need to consult with a physician in the future?	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO	<input type="checkbox"/> ใช่ / YES <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ / NO

หากท่าน หรือสมาชิกในครอบครัวมีภาวะเรื้อรังหรือร้ายแรงอื่นที่เกิดขึ้นก่อนห้าปีตามที่ระบุไว้ข้างต้น กรุณาแถลงรายละเอียดเพื่อประกอบการพิจารณาของบริษัท

If the Applicant or any family member have a chronic or other serious condition that occurred before the five years period specified above.

Please state the details for the company's consideration



ส่วนที่ 2 หากผู้ขอเอาประกันภัยหรือสมาชิกท่านใด ตอบว่า “ใช่” ในคำถามข้างต้น กรุณาแถลงรายละเอียดดังต่อไปนี้

Part 2 : If the Applicant or any family member's answer is “YES” to the above questions, please give following details:

1. ชื่อ Name	2. คำถามข้อที่ Question No.	3. สาเหตุของความบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย Cause of Injury or Illness	4. วันเริ่มต้น Onset Date	5. ระยะเวลาที่เป็น Duration	6. ต้องการการรักษาต่อเนื่องหรือไม่ Any Continuing treatment needed?	7. สถานะของโรคปัจจุบัน Current status of disease

หากมีมากกว่าหนึ่งโรคหรือความบาดเจ็บโปรดระบุรายละเอียดแยก. / If there are more than 1 diseases or injuries, please give details separately

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะรับกรมธรรม์ประกันภัยเป็นภาษา

Request the language of the policy including relevant documents in

ภาษาไทย

Thai

ภาษาอังกฤษ

English

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

Do you wish to exercise your right for income tax exemption pertinent to Revenue Code or not?

มีความประสงค์ / Yes, I do

และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

And I authorize the general insurance company to submit and disclose details of insurance premium to the Revenue Department pertinent to relevant guidelines and procedures. If the Applicant is a Non-Thai Resident and is required by the Revenue Code to pay income tax, please also provide your Tax ID Number as received from the Revenue Department No.

ไม่มีความประสงค์ / No, I do not.

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพหลโยธิน แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
1168/67 Lumpini Tower 23rd Fl., Rama 4 Rd., Thung Mahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Tel. +66 2118 8111 Fax: +66 2285 6383 Email: axathai@axa.co.th

axa.co.th



ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นความจริงทุกประการ หากข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออกเลิกสัญญาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) สามารถดำเนินการในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำนักงานการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ เปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I warrant that the information provided above is correct. If any statement is misrepresented or omitted of any relevant facts, I agree for AXA Insurance Public Company Limited to terminate the insurance contract.

I authorize AXA Insurance (Public) Company Limited to have access to details of information, news of my medical record and physical conditions. The copy of this authorization is valid and complete in same manner as the original copy.

I authorize AXA Insurance (Public) Company Limited to keep and disclose health facts as well as details of the Applicant to the Office of Insurance Commission (OIC) for the benefits in supervising insurance business.

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

This document is not the insurance contract. You will be covered upon receiving confirmation from the Company.

วันที่ _____ / _____ / _____
Date

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
(และในฐานะของตัวแทนของคู่สมรส และ/หรือ บุตร)
Signature - The Applicant
(and as representative of spouse and children)

การประกันภัยโดยตรง
Direct

ตัวแทนประกันวินาศภัย
Agent

นายหน้าประกันวินาศภัย
Broker

ใบอนุญาตเลขที่ _____
License No.

หมายเหตุ : รายละเอียดที่กรอกในใบสมัครมีระยะเวลาไม่เกิน 30 วันนับแต่วันที่ได้กรอกรายละเอียด ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพของท่านที่ถูกต้องที่สุด
Remark: Details on this application form is valid for 30 days from the date signed to ensure the information provided is up to date and accurate

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์มาตรา 865

WARNING Office of Insurance Commission (OIC)

You must answer every question truthfully. Concealment or misstatement of facts by the Insured shall render the contract voidable, in which case the Company shall be entitled to nullify the contract pursuant to Section 865 of the Civil and Commercial Code.