

ใบคำขอเอาประกันภัยสาร์ทแคร์ เอ็กซีคิวทีฟ กลุ่ม (ประกันสุขภาพและอุบัติเหตุกลุ่ม)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยจึงตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแสดงความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

วันที่เขียนใบคำขอเอาประกันภัย/...../.....

I. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อบริษัท (นายจ้าง) :
- สถานที่ประกอบการ :
- ประเภท หรือ ลักษณะของธุรกิจ :
- โทรศัพท์ : โทรสาร : อีเมลล์ :
- ปัจจุบันมีจำนวนลูกจ้าง หรือ พนักงานทั้งหมด: คน เปิดดำเนินธุรกิจมาเป็นเวลา:.....ปี
- ปัจจุบันมีการประกันภัยอุบัติเหตุ หรือชีวิตกลุ่มให้กับลูกจ้างหรือไม่ ไม่มี มี
ถ้ามี โปรดแจ้งชื่อบริษัทที่รับประกันภัย :
- การประกันภัยนี้จัดให้สำหรับ
 ลูกจ้าง ทั้งหมด ลูกจ้าง บางตำแหน่ง
 ลูกจ้าง ทั้งหมด รวม “ผู้อยู่ในอุปการะ” ลูกจ้าง บางตำแหน่ง รวม “ผู้อยู่ในอุปการะ”
- การชำระค่าเบี้ยประกันภัยนี้ เป็นแบบ
 นายจ้างเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยทั้งหมด นายจ้างเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยบางส่วน คือ
ส่วนของนายจ้าง ร้อยละ:.....
ส่วนของลูกจ้าง ร้อยละ:.....

II. รายละเอียดเกี่ยวกับลูกจ้าง ที่ประสงค์จะเอาประกันภัย

1. จำนวนลูกจ้าง ที่ประสงค์จะเอาประกันภัย รวมทั้งหมดคน ซึ่งจำแนกได้ดังนี้			
1.1 จำแนกตามสัญชาติ	คนไทย:คน	คนต่างชาติ:.....คน	
1.2 จำแนกตามเพศ	เพศชาย: คน	เพศหญิง:คน	
1.3 จำแนกตามอายุ	ระหว่าง 18-60 ปี:.....คน	ระหว่าง 61-64 ปี:.....คน	ตั้งแต่ 65ปี ขึ้นไป:.....คน
1.4 จำแนกตามตำแหน่ง	ผู้บริหาร:คน	พนักงานประจำสำนักงาน:คน	
	พนักงานขับรถ:.....คน	พนักงานประจำโรงงาน:.....คน (คนงานฝ่ายผลิต)	
	แม่บ้าน:คน	พนักงานรับส่งเอกสาร:คน	
	อื่นๆ		

III. รายละเอียดเกี่ยวกับ “ผู้อยู่ในอุปการะ” ของลูกจ้าง ที่ประสงค์จะเอาประกันภัย (ถ้ามี)

2. จำนวน “ผู้อยู่ในอุปการะ” ที่ประสงค์จะเอาประกันภัย รวมทั้งหมดคน ซึ่งจำแนกได้ดังนี้			
2.1 จำแนกตามสัญชาติ:	คนไทย:คน	คนต่างชาติ:.....คน	
2.2 จำแนกตามเพศ:	เพศชาย: คน	เพศหญิง: คน	
2.3 จำแนกตามอายุ:	ระหว่าง 18-60 ปี:.....คน	ระหว่าง 61-64 ปี:.....คน	ตั้งแต่ 65ปี ขึ้นไป:.....คน
ผู้ใหญ่			
เด็ก	ระหว่าง 6 เดือน-6 ปี:.....คน	ระหว่าง 7-18 ปี:.....คน	ตั้งแต่ 18 ปี แต่ไม่เกิน 23ปี :.....คน

IV. ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินผลประโยชน์ที่ท่านต้องการ		
ข้อตกลงคุ้มครอง	จำนวนเงินผลประโยชน์สูงสุด (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
1.		
2.		
3.		
จำนวนเบี้ยประกันภัยรวมทั้งสิ้น		

V. ประวัติการทำประกันภัย : โปรดแสดงประวัติการทำประกันภัยอย่างน้อย 3 ปี (หรือ ต่ำกว่ากรณีเพิ่งเริ่มทำประกันภัย)				
ปี พ.ศ. ที่ทำประกันภัย	ชื่อบริษัทที่รับประกันภัย	เบี้ยประกันภัยทั้งสิ้น (บาท)	จำนวนเงินค่าสินไหมที่เรียกร้องทั้งสิ้น (บาท)	หมายเหตุ *

VI. ปัจจุบัน มีพนักงานในบริษัทฯ ของท่านเคย หรือกำลังเจ็บป่วยด้วยโรคดังต่อไปนี้หรือไม่					
ชื่อโรค	ไม่มี	มี	ชื่อผู้ป่วยเป็นโรคนี้อันใด	วันที่ป่วย	วันที่หายป่วย
1. ความผิดปกติของหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคที่คล้ายคลึงกัน					
2. โรคมะเร็ง					
3. โรคเบาหวาน					
4. ความผิดปกติของ ตา หู คอ จมูก ความพิการอื่น ๆ					
5. ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง โรคหลอดเลือดสมอง					
6. โรคไต หรือมีไตข้างเดียว					

หมายเหตุ : โปรดให้รายละเอียดเพิ่มเติมกรณีที่มีจำนวนเงินค่าสินไหมที่เรียกร้องจำนวนมาก เพื่อประโยชน์ของท่าน ในการพิจารณา ค่าเบี้ยประกันภัย เช่น มีการผ่าตัดใหญ่ หรือ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงในปีนั้น ๆ

.....

.....

.....

ในนามของผู้รับมอบอำนาจของผู้ขอเอาประกันภัยทั้งหมด ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท แอ็กซ่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือ ตัวแทนของบริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่ง ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของลูกจ้างของข้าพเจ้า (รวมถึง “ผู้อยู่ในอุปการะ” ของลูกจ้างในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับลูกจ้าง (รวมถึง “ผู้อยู่ในอุปการะ” ของลูกจ้างในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) สำเนาของการมอบอำนาจนี้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงนาม.....
(ผู้ขอเอาประกันภัย- ผู้รับมอบอำนาจ)

วัน/เดือน/ปี:/...../.....

.....
ประทับตราบริษัท

ชื่อตัวแทน/ผู้ทำงาน: