

ใบคำขอเอาประกันภัย สมาร์ทแคร์ ลองเทอม

คำเตือนของกรมการประกันภัย :

ผู้ขอเอาประกันภัยจะตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแกล้งความเท็จใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

1. รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย				
ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)		อายุ	ปี	เดือน
วัน/เดือน/ปีเกิด		ส่วนสูง(ซ.ม)	น้ำหนัก(ก.ก)	
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง		สถานะภาพ <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ		
จำนวนสมาชิก	คน <input type="checkbox"/> มีบุตร	คน	ที่อยู่ปัจจุบัน	
บ้าน		มือถือ		อีเมลล์
อาชีพ (ตำแหน่งงาน)		ลักษณะของธุรกิจ		
ชื่อบริษัทที่ทำงาน		สถานที่ตั้งที่ทำงาน		
ที่ทำงาน		โทรสาร		
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์		ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย 1.		
วันที่มีผลคุ้มครอง (1 ปี) เริ่มตั้งแต่วันที่				
2. รายละเอียดของคู่สมรสและบุตร – ถ้าขอเอาประกันภัยเพิ่ม				
2.1 ชื่อ-นามสกุล		อายุ	ปี	เดือน
วัน/เดือน/ปีเกิด		ส่วนสูง(ซ.ม)	น้ำหนัก(ก.ก)	
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง		มือถือ		
อาชีพ(ตำแหน่งงาน)		ลักษณะงาน		
ชื่อบริษัทที่ทำงาน		ลักษณะของธุรกิจ		
ที่ทำงาน		โทรสาร		
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์		ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย 2.1		
2.2 ชื่อ-นามสกุล		วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	ปี
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง		ส่วนสูง(ซ.ม)	น้ำหนัก(ก.ก)	
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์		ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย 2.2		
2.3 ชื่อ-นามสกุล		วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	ปี
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง		ส่วนสูง(ซ.ม)	น้ำหนัก(ก.ก)	
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์		ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย 2.3		
3. กรุณาใส่เครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> ในแผนความคุ้มครองที่ท่านต้องการ				
<input type="checkbox"/> แผน 1	<input type="checkbox"/> แผน 2	<input type="checkbox"/> แผน 3	<input type="checkbox"/> แผน 4	เบี้ยประกันภัย (บาท) =
กรุณาใส่เครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า มี หรือ ไม่มี ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้				
ปัจจุบันผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรส และบุตรของผู้ขอเอาประกันภัย			ไม่มี/ ไม่เคย	มี/ เคย
1)	มีประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2)	เคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทประกันภัยใดหรือไม่			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3)	ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุภายใน 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4)	ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ที่ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5)	ใน 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจหรือไม่			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านตอบว่า "มี หรือ เคย" กรุณาแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับ ชื่อบริษัทประกันภัย สาเหตุการปฏิเสธการรับประกันภัยหรือยกเว้น สาเหตุของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ชื่อโรค ชื่อแพทย์ ชื่อโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน.....				
.....				
.....				
.....				

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า มี หรือ ไม่มี ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้					
ปัจจุบันผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรส และบุตรของผู้ขอเอาประกันภัย มีโรคหรืออาการหรือภาวะความผิดปกติต่อไปนี้หรือไม่	มี	ไม่มี	ชื่อผู้ที่เป็นโรคนี	วันที่ป่วย	วันที่หายป่วย
1) กล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจหรืออาการผิดปกติอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับหัวใจ					
2) ระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก					
3) ระบบกระดูก ข้อต่อ ข้ออักเสบเรื้อรัง โรคเกาต์ ตลอดจนความผิดปกติของแผ่นหลังหรือกระดูกสันหลัง					
4) การเคลื่อนไหวร่างกาย ความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึก และโรคพาร์กินสัน					
5) กล้ามเนื้อ โรคกล้ามเนื้อเสื่อม โรคโปลิโอ แขนขาอ่อนแรง					
6) อาการผิดปกติที่เกี่ยวกับสมอง โรคเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลัง					
7) โรคหลอดเลือดสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง ไขว้หมัดค					
8) ระบบทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้ กระเพาะอาหาร และอาการปวดท้องเรื้อรัง					
9) ระบบประสาทและ อัมพาต โรคอัลไซเมอร์ โรคกล้ามเนื้อสั่น สะอึกโรลิส					
10) ท่านได้เข้ารับการผ่าตัดหรือได้รับการแนะนำให้ผ่าตัด					
11) เนื้องอก มะเร็ง หรือ ก้อนเนื้อหรือก้อนไขมันชนิดต่าง ๆ					
12) ขณะนี้ท่านกำลังเป็น หรือเคยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ ออริสติกส์ โรคลมชัก ลมบ้าหมู โรคไต มีไตข้างเดียว เบาหวาน วัณโรค โรคเอส แอล อี โรคธาลัสซีเมีย ภาวะแคะแกระริน ไขมันในเลือดสูง					
13) ท่านมีความผิดปกติของร่างกายหรือพิการตั้งแต่กำเนิด/จากอุบัติเหตุหรือไม่					
14) ท่านมีโรคร้ายแรง หรือเรื้อรังใด ๆ นอกเหนือจากที่ระบุไว้ข้างต้นหรือไม่					
15) ท่านเป็นโรคเอดส์หรือติดเชื้อ HIV หรือมีอาการต่อไปนี้ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาเป็นระยะเวลาติดต่อกันเกินกว่า 1 สัปดาห์ ได้แก่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ท้องเดินเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโต เหงื่อออกเวลากลางคืน หรือมีโรคผิวหนังที่ผิดปกติ ไข้เรื้อรัง หรือปอดอักเสบหรือไม่					
หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านตอบว่า มี กรุณาแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล ชื่อแพทย์และโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน					
.....					
.....					
.....					
.....					

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้

นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บมจ. แอ็กซ่าประกันภัย หรือตัวแทนของบริษัทในการขอรับทราบรายละเอียด ซึ่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า (ทั้งนี้รวมถึงคู่สมรสและบุตรของข้าพเจ้าในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า (รวมถึงคู่สมรสและบุตรของข้าพเจ้าในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) สำเนาของการมอบอำนาจนี้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกันกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่าการประกันภัยนี้จะมีผลคุ้มครองเมื่อได้รับการตอบรับจากบริษัทฯ และการประกันภัยนี้ไม่คุ้มครองสภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการเรียกร้องค่าสินไหมใน 2 ปีแรกของการทำประกันภัย

.....
 ลงนาม - ผู้ขอเอาประกันภัย
 (และในฐานะของผู้แทนของ คู่สมรสและบุตร)

...../...../.....
 วันที่สมัครทำประกันภัย (วัน/เดือน/ปี)