

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ แบบจ่ายผลประโยชน์สูงสุดต่อปี

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 (ไทย) นาย/ นาง/ น.ส.
(อังกฤษ).....
ที่อยู่ของผู้ขอเอาประกันภัย / ที่อยู่สะดวกในการติดต่อ.....
โทรศัพท์ (บ้าน) (ที่ทำงาน) ต่อ.....
(มือถือ) (โทรสาร) อีเมล
- เลขที่บัตรประชาชน วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี
น้ำหนัก (กก.) ส่วนสูง (ซม.) สัญชาติ.....
- อาชีพของผู้ขอเอาประกันภัย..... ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน.....
กรุณาอธิบายลักษณะของงาน (อาชีพ)
- ชื่อผู้รับผลประโยชน์ 1 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)..... ความสัมพันธ์.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์
ชื่อผู้รับผลประโยชน์ 2 (กรุณาเขียนตัวบรรจง)..... ความสัมพันธ์.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์
- ระยะเวลาเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ สิ้นสุดวันที่
- ระบุชื่อแผนที่ท่านเลือก
- ท่านเลือกชำระเบี้ยประกันภัยแบบงวด : รายเดือน รายปี โดยวิธี
 ตัดบัตรเครดิตธนาคาร..... หมายเลขบัตรเครดิต
บัตรหมดอายุ ประเภทบัตรเครดิต : Visa Master ชื่อเจ้าของบัตร
โทรศัพท์ ลายเซ็นเจ้าของบัตร
- รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ.....บาทต่องวด (รวมอากรแสตมป์และภาษีธุรกิจเฉพาะแล้ว)
- การต่ออายุอัตโนมัติ
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยทุกครั้งที่ครบกำหนด โดยยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บผ่านบัตรเครดิต หรือเงินฝากธนาคารตามที่
แจ้งไว้ด้านบน
- ท่านมีหรือเคยมี ประกันสุขภาพ ประกันชีวิต ประกันอุบัติเหตุ หรือแผนชดเชยรายได้ ของบริษัท เอ็ทน่า หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท.....จำนวนเงินเอาผลประโยชน์.....บาท)
- ข้อแถลงสุขภาพ : โปรดใส่เครื่องหมาย ใน ของแต่ละคำถาม ข้อมูลต่างๆ นี้จะเป็นส่วนสำคัญต่อการประกอบการพิจารณาการจ่าย
ค่าสินไหมทดแทน
- 10.1 ท่านเคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจาก บริษัท เอ็ทน่า
หรือบริษัทประกันภัยใดหรือไม่
 ไม่เคย เคย (หากเคย โปรดระบุชื่อบริษัท..... จำนวนเงินเอาผลประโยชน์..... บาท)
- 10.2 ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคไต โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคตับ โรคเอดส์ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเลือด
หรือโรคเรื้อรังอันตรายอื่นๆ
 ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด).....
- 10.3 ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ โรคทางสมองหรือโรกระบบประสาท เนื้องอก โรคกระดูกหรือกล้ามเนื้อ หรือโรคอื่นๆ
 ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด).....

aetna[®]

aetna.co.th

10.4 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการผ่าตัด การวินิจฉัย การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรมหรือประสบอุบัติเหตุมาก่อนหรือไม่

ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุอาการและสาเหตุ ตลอดจนคำวินิจฉัยโรค ช่วงเวลา และสถานที่ทำการรักษา)

10.5 ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเข้ารับการรักษาแพทย์ เคยได้รับการตรวจวินิจฉัย (อาทิเช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะ) หรือได้รับการสั่งยาจากแพทย์หรือไม่

ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุอาการและสาเหตุ ตลอดจนคำวินิจฉัยโรค ช่วงเวลา และสถานที่ทำการรักษา)

10.6 ปัจจุบันนี้ ท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติอื่นๆ) ที่ยังไม่ได้เข้ารับการรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์หรือไม่

ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด)

10.7 ขณะนี้ ท่านกำลังรับประทานยาอะไรเป็นประจำหรือไม่

ไม่เคย เคย (หากเคย กรุณาระบุรายละเอียด)

11. โปรดแจ้งชื่อแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาลเวชกรรม หรือ คลินิก พร้อมทั้งท่านใช้บริการเป็นประจำ

[กรณีที่ท่านเป็นบุคคลต่างชาติ (ไม่ใช่คนไทย) กรุณาให้ชื่อแพทย์และสถานพยาบาลที่รับการรักษาล่าสุดในประเทศของท่าน]

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอถอนเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูล เกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นความจริงทุกประการหากข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออกเลิกสัญญาประกันภัยได้

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท เอ็กน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำหรับการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม
(กรณีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์)

วันที่กรอกใบสมัคร (วัน/เดือน/ปี)

ตัวแทนประกันวินาศภัยรายนี้
Agent

นายหน้าประกันวินาศภัยนี้
Broker

ใบอนุญาตเลขที่
License No.

หากผู้ขอเอาประกันภัยไม่ประสงค์จะขอเอาประกันภัย กรุณาติดต่อพร้อมส่งเอกสารการยกเลิกการเอาประกันภัยพร้อมใบคำขอเอาประกันภัยหรือกรมธรรม์ประกันภัย (แล้วแต่กรณี) คืนบริษัทภายใน 15 วัน นับจากวันที่ได้รับเอกสารดังกล่าว หากผู้ขอเอาประกันภัยมิได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้น บริษัทจะถือว่าผู้ขอเอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นว่าถูกต้อง และสัญญาประกันภัยจะมีผลต่อเนื่องไปจนกว่าบริษัทจะได้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแกล้งข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทนได้