



## ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล สมาร์ทแคร์ เอเอสเซนเชียล SmartCare Essential 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
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. ระยะเวลาเอาประกันภัย / 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

ความคุ้มครองหลัก Core Plan Benefits	<input type="checkbox"/> แผน 1 / PLAN 1	<input type="checkbox"/> แผน 2 / PLAN 2		
ความคุ้มครองเสริม Optional Benefits	<input type="checkbox"/> ผลประโยชน์ผู้ป่วยนอกเท่านั้น Outpatient Benefits Only			
	<input type="checkbox"/> ผลประโยชน์ผู้ป่วยนอก และการดูแลสุขภาพ (วัคซีน/ตรวจสุขภาพ/สายตา และ กั้นตกรม) Outpatient and Wellness Benefits (Vaccination/Health Check-up/Optical and Dental)			
ความรับผิดส่วนแรก (ต่อโรค) Deductible (per Illness)	<input type="checkbox"/> 20,000	<input type="checkbox"/> 40,000	<input type="checkbox"/> 100,000	<input type="checkbox"/> 200,000

### 4. การชำระเบี้ยประกันภัย / Premium Payment

เบี้ยประกันภัย Premium Payment		
<input type="checkbox"/> รายปี Annually	จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ Premium Payable Amount	บาท Baht



## 5. รายชื่อสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการสมัครความคุ้มครอง 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.) Height (cm)	น้ำหนัก(กก.) Weight (kg)	สัญชาติ Nationality	เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง ID Card No. / Passport
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)	
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)	
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)	
ผู้รับประโยชน์ The Beneficiary	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย Relationship to the Applicant		



**6. กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลตามความจริง ในตารางต่อไปนี้**  
**Please give truthful information and tick the appropriate box to the following questions**

ปัจจุบัน ผู้ขอเอาประกันภัย และผู้อยู่ในอุปการะของผู้ขอเอาประกันภัย Please declare the most up-to-date information of the Applicant and Dependent (s) on this application	ไม่มี NO	มี YES
1. มีประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ ? Do you have other health, life or accident insurance with other insurance companies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทประกันภัยใดหรือไม่ ? Have you ever been declined for insurance, had the policy canceled, accepted with premium loading or exclusions by any insurance company?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุภายใน 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ ? Have you or any dependents on this application ever had a surgical operation, medical diagnosis, inpatient hospitalization or had an accident in the past 5 years?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการแนะนำให้เข้ารับการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใดที่ยังไม่ได้กระทำหรือไม่ ? Have you or any dependents on this application ever been advised to have a surgical operation or additional diagnostic tests that have not yet been performed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่องตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจหรือไม่ ? Have you or any dependents on this application ever had a diagnostic test such as CT Scan, MRI Scan, pathological biopsy, Ultrasound, Electrocardiogram in the past 5 years?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**หมายเหตุ :** ในกรณีที่ท่านตอบว่า “มี หรือ เคย” กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับ ชื่อบริษัทประกันภัย สาเหตุการปฏิเสธการรับประกัน หรือข้อยกเว้นการรับประกันสาเหตุของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ชื่อโรค ชื่อแพทย์ ชื่อโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน

**Remarks :** If your answer is “YES”, please provide details, i.e., name of insurance company with reasons for declining insurance or imposing special exclusions, if causes for medical treatment in a hospital, name of disease, name of physician and name of the hospital providing treatment to you.

**7. ข้อมูลสุขภาพ / Health data**

ปัจจุบัน ผู้ขอเอาประกันภัย และผู้อยู่ในอุปการะของผู้ขอเอาประกันภัย Please declare the most up-to-date information of the Applicant and Dependent (s) on this application	ไม่มี NO	มี YES	ชื่อผู้ที่เป็นโรคนั้น Name of Applicant	วันที่ป่วย Onset Date	วันที่หายป่วย Recovery Date
1. ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอด หอบหืด ภูมิแพ้ ? Have you ever had any respiratory disorders such as lung trouble, asthma or allergy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. ความผิดปกติของหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคที่คล้ายคลึงกัน ? Have you ever had any heart diseases, cardiomyopathy, myocardial disorders or cardiovascular disease or experienced any sign/ symptom of any heart condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. ความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อต่อ ข้ออักเสบเรื้อรัง โรคเกาต์ ตลอดจนความผิดปกติของแผ่นหลังหรือกระดูกสันหลัง ? Have you ever had any musculoskeletal system disorders, joint disorders, rheumatism, arthritis, gout, spine or back trouble?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้ กระเพาะอาหาร และอาการปวดท้องเรื้อรัง ? Have you ever had any digestive disorders such as intestine, stomach, and chronic abdominal pain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. เนื้องอก มะเร็ง หรือ ก้อนเนื้อหรือก้อนไขมันชนิดต่างๆ ? Have you ever had any tumor, cancer, mass or cyst ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. ความผิดปกติของ ตา หู คอ จมูก ? Have you ever had any eye, ear, throat or nose disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. โรคตับและถุงน้ำดี เช่น ตับอักเสบ ตับแข็ง นิ่วในถุงน้ำดี ? Have you ever had any liver and gall bladder diseases such as liver inflammation, cirrhosis or gallstones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
 AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพหลโยธิน แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120  
 1168/67 Lumpini Tower 23<sup>rd</sup> 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



ปัจจุบัน ผู้ขอเอาประกันภัย และผู้อยู่ในอุปการะของผู้ขอเอาประกันภัย Please declare the most up-to-date information of the Applicant and Dependent (s) on this application	ไม่มี NO	มี YES	ชื่อผู้ที่เป็นโรคนี้นี้ Name of Applicant	วันที่ป่วย Onset Date	วันที่หายป่วย Recovery Date
8. โรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์? Have you ever had any reproductive disorders or sexually transmitted diseases ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ: เช่น นิ่ว กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ? Have you ever had any urinary system disorders such as stones or bladder inflammation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเลือดเช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก? Have you ever had any circulatory and blood disorders such as high blood pressure, anemia or hemophilia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11. ความผิดปกติต่อมธัยรอยด์ เช่น คอพอก ธัยรอยด์เป็นพิษ ไฮโปธัยรอยด์? Have you ever had any thyroid gland disorders such as goiter, thyrotoxicosis or hypothyroid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12. ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง โรคหลอดเลือดสมอง? Have you ever had any nervous system and brain disorders or cerebrovascular disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13. ขณะนี้ท่านกำลังเป็น หรือเคยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่? ออติสติกส์ โรคลมชัก โรคไต มีไตข้างเดียว เบาหวาน วันโรค โรคอส แอล อี โรคธาลัสซีเมีย ภาวะแคระแกร็น Do you have or had been diagnosed with the following diseases such as autistic, epilepsy, kidney disease (with only one remaining kidney), diabetes, tuberculosis, SLE, thalassemia or dwarfism?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14. นอกจากข้อ 13 แล้ว ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือไม่ ? In addition to the previous 13 health questions, are you currently sick or injured?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15. ขณะนี้ท่านกำลังรับประทานยาหรือฉีดเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรือไม่? Are you currently taking any medication or any routine injection for treatments of chronic disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>หมายเหตุ :</b> ในกรณีที่ท่านตอบว่า มี กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล ชื่อแพทย์และโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน <b>Remarks:</b> If your answer is "YES", please provide details of disease, treatment, name of physician and name of the hospital providing treatment to you.					

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะรับกรมธรรม์ประกันภัยเป็นภาษา  
Request the language of the policy including relevant documents in

ภาษาไทย  
Thai

ภาษาอังกฤษ  
English

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

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

Yes, I do 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. .

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันสำหรับบุพพการี โดยเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันให้ ผู้เอาประกันภัย รายละเอียดดังนี้ ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย ผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

Yes, I do and I authorize the general insurance company to submit and disclose details of insurance premium for parents to the Revenue Department pertinent to relevant guidelines and procedures. The total premium is paid by Name-Surname Relationship to the insured TAX ID number is

ไม่มีความประสงค์  
No, I do not.

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพวงมลัย แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120  
1168/67 Lumpini Tower 23<sup>rd</sup> 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



ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นความจริงทุกประการหากข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออกเลิกสัญญาประกันภัยได้

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท แอ็กซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) สามารถดำเนินการในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย 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.

The Company reserves the right to examine medical records and diagnosis of the Insured as necessary with this insurance contract and reserves the right to conduct an autopsy in the event that it is necessary and not contrary to the law at the Company's expense.

If the Insured does not consent to the examination of the medical records and diagnosis in order to support such compensation, the Company may refuse to provide the coverage under this insurance policy to the Insured.

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, use 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     ตัวแทนประกันวินาศภัย     นายหน้าประกันวินาศภัย    ใบอนุญาตเลขที่ \_\_\_\_\_  
Direct    Agent    Broker    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 หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะซึ่งบริษัทมีสิทธิออกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่ง 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.

บริษัท แอ็กซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพหลโยธิน แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120  
1168/67 Lumpini Tower 23<sup>rd</sup> 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