



## ใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล อินเตอร์เนชันแนลเอ็กซ์คลูซีฟ

### 1. รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ - นามสกุล (นาย / นาง / น.ส.)	อายุ	ปี	เดือน
วัน / เดือน / ปีเกิด	ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)	
เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง	สัญชาติ	สถานภาพ <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	
ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก*	โทรศัพท์ที่ติดต่อได้	อีเมล	
ที่อยู่ติดต่อได้			
อาชีพ (ตำแหน่งงาน)	ลักษณะงาน		
ชื่อบริษัทที่ทำงาน	ลักษณะของธุรกิจ		
ชื่อ - นามสกุล ผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์		

### 2. โปรดเลือกแผนความคุ้มครองที่ท่านต้องการ

วันที่ต้องการเริ่มเอาประกันภัย (จว / คค / ปปปป)	สิ้นสุดวันที่ (จว/คค/ปปปป)
แผน <input type="checkbox"/> แผน 1 <input type="checkbox"/> แผน 2 <input type="checkbox"/> แผน 3 <input type="checkbox"/> แผน 4	อาณาเขตคุ้มครอง <input type="checkbox"/> ทั่วโลก <input type="checkbox"/> ทั่วโลก ยกเว้นสหรัฐอเมริกา <input type="checkbox"/> เอเชีย

### 3. โปรดระบุบัญชีธนาคาร (กรณีที่ต้องการให้โอนเงินค่าสินไหมทดแทน)

ชื่อบัญชี		
ธนาคาร	สาขา	เลขที่บัญชี

### 4. โปรดระบุชื่อแพทย์ที่ท่านพบบ่อยที่สุดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ถ้ามี)

ชื่อ- นามสกุล แพทย์	ชื่อสถานพยาบาล
ที่อยู่	โทรศัพท์ที่ติดต่อได้
ชื่อ- นามสกุล แพทย์	ชื่อสถานพยาบาล
ที่อยู่	โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

### 5. รายชื่อผู้ที่ต้องการคุ้มครอง (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าชื่อที่ต้องการ)

<input type="checkbox"/>	ท่านต้องการให้คุ้มครองเฉพาะท่านเพียงคนเดียว	<input type="checkbox"/>	ท่านต้องการให้คุ้มครอง รวมสมาชิกในครอบครัว* ดังต่อไปนี้	
5.1	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	ปี	เดือน
	วัน / เดือน / ปีเกิด	ความสัมพันธ์	ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)
	เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง	โทรศัพท์ที่ติดต่อได้	ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก**	
	อาชีพ	ลักษณะของงาน		
5.2	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	ปี	เดือน
	วัน / เดือน / ปีเกิด	ความสัมพันธ์	ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)
	เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง	โทรศัพท์ที่ติดต่อได้	ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก**	
	อาชีพ	ลักษณะของงาน		
5.3	ชื่อ - นามสกุล	อายุ	ปี	เดือน
	วัน / เดือน / ปีเกิด	ความสัมพันธ์	ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)
	เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง	โทรศัพท์ที่ติดต่อได้	ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก**	
	อาชีพ	ลักษณะของงาน		



5.4	ชื่อ - นามสกุล		อายุ	ปี	เดือน
	วัน / เดือน / ปีเกิด		ความสัมพันธ์	ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)
	เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง		โทรศัพท์ที่ติดต่อได้	ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก**	
	อาชีพ		ลักษณะของงาน		

\* สมาชิกในครอบครัวในใบคำขอประกันภัยนี้จะต้องเป็นสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกับผู้อาประกันภัย หากมีได้อาศัยอยู่ด้วยกัน โปรดแยกกรอกใบในคำขอต่างหาก  
 \*\* ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก หมายถึง ประเทศที่ผู้อาประกันภัยอาศัยอยู่มากกว่า 185 วันต่อปี ซึ่งจะระบุเป็นที่ยู่งของผู้ได้รับความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย ผู้อาประกันภัยจะต้องแจ้งให้บริษัททราบในกรณีที่ได้รับความสะดวกหรือรายได้เปลี่ยนแปลงประเทศที่อยู่อาศัยหลักซึ่งอาจมีผลกระทบต่อความมีสิทธิของผู้ได้รับความคุ้มครองตามผลประโยชน์ของกรมธรรม์ประกันภัย หากผู้อาประกันภัยมีได้แจ้งให้บริษัททราบในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว บริษัทอาจปฏิเสธที่จะจ่ายผลประโยชน์ได้

## 6. กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพอื่น ๆ

ท่านได้มีการเอาประกันภัยสุขภาพอื่น ๆ กับบริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่น ๆ เอาไว้หรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ผู้อาประกันภัยหรือสมาชิกที่ต้องการให้คุ้มครอง เคยถูกปฏิเสธการประกันภัยหรือรับประกันภัยโดยมีเงื่อนไขพิเศษหรือถูกปฏิเสธการต่ออายุประกันภัย โดยบริษัทประกันภัยหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ถ้าท่านตอบ “ใช่” ในคำถามข้างต้น โปรดระบุรายละเอียด (รวมทั้ง ชื่อบริษัท, แผนการประกันภัย, ระยะเวลาเอาประกันภัย, และเลขที่กรมธรรม์ประกันภัย ถ้ามี)	
<hr/> <hr/>	

## 7. ข้อมูลสุขภาพ

ส่วนที่ 1 โปรดแถลงข้อมูลสุขภาพโดยใส่เครื่องหมาย  และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้

คำถาม	ผู้อาประกันภัย	สมาชิกคนที่ 2	สมาชิกคนที่ 3	สมาชิกคนที่ 4	สมาชิกคนที่ 5
	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ	ชื่อ
1. ท่านเคยได้รับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ภายในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
2. ท่านเคยได้รับการปรึกษาทางการแพทย์จากแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ในระยะห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. ท่านเคยหรือมีอาการผิดปกติของร่างกายแต่ไม่ได้ทำการปรึกษาแพทย์ในช่วงห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. ท่านเคยพบแพทย์ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5. ท่านมีโรคเรื้อรังหรือได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือเกิดความพิการของร่างกาย หรือมีโรคที่เกิดขึ้นซ้ำซ้อนในระยะห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6. ท่านมีความจำเป็นที่จะต้องปรึกษาแพทย์ในอนาคตหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

ส่วนที่ 2 หากผู้อาประกันภัยหรือสมาชิกท่านใด ตอบว่า “ใช่” ในคำถามข้างต้นกรุณาแถลงรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ชื่อ	2. คำถามข้อที่	3. สาเหตุของความบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย	4. วันที่เริ่มต้น	5. ระยะเวลาที่เป็น	6. ต้องการการรักษาต่อเนื่องหรือไม่ ?	7. สถานะของโรคปัจจุบัน

หากมีมากกว่าหนึ่งโรคหรือความบาดเจ็บโปรดระบุรายละเอียดแยก

<hr/> <hr/>
-------------



ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท แอกซ่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน) บอกลีกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือตัวแทนของบริษัทฯ ในการขอรับทราบ รายละเอียด ซึ่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า (ทั้งนี้รวมถึงคู่สมรสและบุตรของข้าพเจ้า ในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัย ร่วมด้วย) จากแพทย์โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า (รวมถึงคู่สมรสและบุตรของข้าพเจ้า ในกรณีที่ เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) สำนักงานการมอบอำนาจนี้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่าการประกันภัยนี้จะมีผลคุ้มครองเมื่อได้รับการตอบรับจากบริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทแอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่าง ๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากร กำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) และเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ \_\_\_\_\_
- ไม่มีความประสงค์

**เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว**

\_\_\_\_\_  
ลงนาม - ผู้ขอเอาประกันภัย  
(และในฐานะของตัวแทนของ คู่สมรสและบุตร)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
วันที่สมัครทำประกันภัย (วัน / เดือน / ปี)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

กรุณาแนบเอกสาร	
ผู้เอาประกัน	ผู้รับผลประโยชน์
1. สำเนาบัตรประชาชน	1. สำเนาบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน	2. สำเนาทะเบียนบ้าน

