

ใบคำขอเอาประกันภัย

ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย(ไทย) LWศ
(อังกฤษ)
ที่อยู่ของผู้ขอเอาประกันภัย
.....
ที่อยู่ที่จะตรวจในการติดต่อ
.....
โทรศัพท์ (บ้าน) (ที่ทำงาน) (มือถือ)
(โทรสาร) อีเมล
- ข้อมูลส่วนตัว เลขที่บัตรประชาชน วัน เดือน ปีเกิด อายุ ปี
น้ำหนัก..... (กก.) ส่วนสูง.....(ซม.) ประเทศต้นกำเนิด ประเทศที่อยู่อาศัย
- อาชีพของผู้ขอเอาประกันภัย ตำแหน่ง
สถานที่ทำงาน
กรุณาระบายลักษณะของงาน (อาชีพ)
รายได้ / เดือน
- ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 ความสัมพันธ์
ที่อยู่ โทรศัพท์
ชื่อผู้รับประโยชน์ 2 ความสัมพันธ์
ที่อยู่ โทรศัพท์
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มวันที่ สิ้นสุดวันที่
(กรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับต่อเมื่อได้ผ่านการพิจารณารับประกันภัยจากบริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ")
และมีการชำระเบี้ยประกันภัยเรียบร้อยแล้ว)
- โปรดระบุชื่อแผนประกันภัยที่ท่านเลือก จำนวนผลประโยชน์ บาท
ความคุ้มครองเพิ่มเติม ☐ คลอดบุตร ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ อุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)
- การต่ออายุอัตโนมัติ
☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยทุกครั้งที่ครบกำหนด โดยยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่าน
บัตรเครดิต หรือเงินฝากธนาคารตามที่ให้ข้อมูลไว้กับบริษัทฯ
- กรุณาเลือกวิธีการรับค่าสินไหมทดแทน: ☐ เช็ค (Cheque) ☐ โอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (Bank Transfer)
ชื่อบัญชีของธนาคารที่ท่านต้องการโอนเงิน ในกรณีที่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
ธนาคาร..... สาขา เลขบัญชี.....
- บริษัทฯ จะจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยเป็นเอกสารโดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้ ท่านประสงค์จะรับเป็น e-policy ทางอีเมล
(E-mail) ที่ระบุไว้ด้วยหรือไม่
☐ รับ e-policy ด้วย ☐ ไม่รับ e-policy

10. ท่านมีหรือเคยมี ประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต หรือ ประกันภัยอุบัติเหตุ ของบริษัทฯ หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท.....จำนวนเงินเอาผลประโยชน์.....บาท)
11. ท่านมีหรือเคยมีประกัน แผนชดเชยรายได้หรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท.....จำนวนเงินเอาผลประโยชน์ทุกบริษัทรวมกัน.....บาท/วัน)
12. ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทฯ หรือบริษัทประกันภัยใดหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัท.....จำนวนเงินผลประโยชน์.....บาท)
13. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอก (OPD) หรือ พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (IPD) เพื่อรับการปรึกษา รับคำแนะนำ รับการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนรับการรักษา รับการสั่งยา หรือบำบัด อันเนื่องจากการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย และการผ่าตัดหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย (กรุณาระบุรายละเอียดตามตารางข้างล่าง)
14. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าท่านเคยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคลมชัก โรคทางสมองและระบบประสาท ภาวะอัมพาต โรคสมองฝ่อ โรคเลือดออกในสมอง โรคเนื้องอก ถุงน้ำหรือมะเร็งทุกชนิด โรคไต โรคตับ โรคเลือด โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เอดส์) โรคกระดูกและข้อ โรคไทรอยด์ โรคเก๊าท์ โรคภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง โรคทางเดินหายใจ และโรคปอด เช่น หอบหืด ถุงลมโป่งพอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรควัณโรค หรือ โรคอื่นๆ หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย (กรุณาระบุรายละเอียดตามตารางข้างล่าง)
15. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย (กรุณาระบุรายละเอียดตามตารางข้างล่าง)

กรณีแสดงว่าเคยในข้อ 11 -15 กรุณาระบุรายละเอียดในตารางต่อไปนี้ กรณีช่องว่างไม่เพียงพอ กรุณาระบุเพิ่มในตารางเพิ่มเติมด้านล่าง

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

16. ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคย มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่าง การพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วย ปัญหาพัฒนาการ โรคจิตประสาท โรคพิษสุราเรื้อรัง การใช้สารเสพติด กุพพลภาพ พิกัด หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
17. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย อยู่ระยะพักฟื้น/พักรักษาตัว โปรดระบุ.....
18. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ท่อน้ำเหลือง กว้างเลือดออกผิดปกติ หรืออื่น ๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการปรึกษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....
19. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคอื่น ๆ หรือไม่
☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น.....

20. ท่านเคยมีอาการ หรือได้รับการรักษาด้วยอาการมีไข้ พื้นที่ผิวหนัง ต่อม้ำเหลืองโต เยื่อหุ้มปอดอักเสบ เยื่อช่องท้องอักเสบ ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออักเสบ ปวดข้อ ข้ออักเสบ เป็นระยะเวลาติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้าขอประกันภัยประสงค์จะ**ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้**ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูล เกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากข้าพเจ้าประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

☐ ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของท่าน (ในฐานะผู้เอาประกันภัยหรือผู้อยู่ในอุปการะแล้วแต่กรณี) ต่อกรมสรรพากรเพื่อการ **ขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ ยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า (ในฐานะผู้เอาประกันภัยหรือผู้อยู่ในอุปการะแล้วแต่กรณี) และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่

(กรณีที่ท่านเลือกยินยอม กรุณากรอกข้อมูล ส่วนของผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามเอกสารแนบเพิ่มเติม)

☐ ไม่ยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริงข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกเลิกสัญญาประกันภัยได้

บริษัทฯ มีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทฯ อาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์โรงพยาบาล หรือ องค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ดังต่อไปนี้

..... ผู้เอาประกันภัย ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์) วันที่กรอกใบสมัคร (วัน / เดือน / ปี)
<input type="radio"/> ตัวแทนประกันวินาศภัยรายนี้ Agent	<input type="radio"/> นายหน้าประกันวินาศภัยนี้ Broker	ใบอนุญาตเลขที่..... License No.

ภายใน 15 วัน นับจากผู้เอาประกันภัยได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทฯ ผู้เอาประกันภัยสามารถขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย (Free Look Period) โดยส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทฯ และบริษัทฯ จะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ฉบับละ 0 บาท ภายใน 15 วัน นับจากวันที่บริษัทฯ ได้รับแจ้งการขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย หากผู้เอาประกันภัยมิได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้น บริษัทฯ จะถือว่า ผู้เอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นว่าถูกต้อง และสัญญาประกันภัยนี้จะมีผลต่อเนื่องไปจนกว่าบริษัทฯ จะได้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน

ค่าเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อหากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทฯ มีสิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ตารางเพิ่มเติม

[illegible]