

ใบคำขอเอาประกันภัย (ส่วน ก. ผู้ขอเอาประกันภัย)

## กรมธรรม์ประกันภัย เอ็กซ์ตรา แวกู

- ประเภทการประกันภัย  
 แผนรายบุคคล (ส่วน ก.)

### ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย .....  
ที่อยู่ปัจจุบัน ..... โทรศัพท์ .....
- บัตรประชาชน  หนังสือเดินทาง เลขที่..... (กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
- วัน/เดือน/ปีเกิด ..... เพศ ..... ส่วนสูง (ซม.) ..... น้ำหนัก (กก.) .....
- อาชีพ ..... ตำแหน่ง .....  
ลักษณะงานที่ทำ .....  
รายได้ประจำ/เดือน ..... บาท รายได้อื่นๆ / เดือน ..... บาท  
สถานที่ทำงาน ..... โทรศัพท์ .....
- ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์ ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย .....  
ที่อยู่..... โทรศัพท์ .....
- ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มวันที่ ..... เวลา ..... น. ถึงวันที่ ..... เวลา 24.00 น.

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อ แผน .....

### ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

#### กรณีซื้อความคุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคล

- ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลกับ บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ("บริษัทฯ") หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?  
 ไม่เคย/ไม่มี  เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด).....  
บริษัท..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... (บาท)
- ขณะนี้ท่านกำลังป่วย หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือมีความพิการหรือผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจหรือไม่?  
 ไม่เคย/ไม่มี  เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด).....

#### กรณีซื้อความคุ้มครองโรคมะเร็ง

- พ่อ แม่ พี่หรือน้องของผู้เอาประกันภัย เคยเป็นหรือเสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งดังต่อไปนี้หรือไม่?  
 มะเร็งเต้านม  มะเร็งมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก  มะเร็งรังไข่  
 มะเร็งลำไส้  มะเร็งจอตตา  มะเร็งเม็ดเลือดขาว  
 มะเร็งอื่นๆ ระบุ .....  
 ไม่เคย / ไม่มี
- ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัยเคยได้รับการผ่าตัดหรือมีโรคประจำตัวหรือไม่?  
 ไม่เคย  
 เคย โปรดระบุสาเหตุหรือชื่อโรค ..... เมื่อเดือน / ปี ..... ชื่อสถานพยาบาล .....
- ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (รวมถึง ซิการ์ และไปป์ด้วย)  
ในอดีต  ไม่เคยสูบบุหรี่  เคยสูบบุหรี่..... มวน เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ ..... ปี ถึง ..... ปี  
ปัจจุบัน  ไม่สูบบุหรี่  สูบบุหรี่..... มวน

4. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคดังต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?
- โรคไวรัสตับอักเสบ ชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น)       โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV
  - ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)       ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)
  - ตับแข็ง ตับอักเสบ       ปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)
  - มีความผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูก (Cervix Dysplasia)
  - โรคมะเร็ง
  - เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (โปรดระบุประเภท ..... อยุ่ระยะที่เป็น.....)
  - ปัจจุบันยังเป็นอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด
  - ผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย
  - ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วเกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน / ปี ..... โรงพยาบาล .....
  - ผลตรวจเนื้อเยื่อ  ปกติ       ไม่ปกติ
  - แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ ทุกๆ
  - 3 เดือน       6 เดือน       1 ปี       มากกว่า 1 ปี
  - ไม่เคย

5. ท่านมีการประกันภัยโรคมะเร็งหรือการประกันภัยอื่นใดกับ บริษัท เอ็กนา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทประกันภัยอื่นใดที่ให้ความคุ้มครองโรคมะเร็งหรือไม่? ถ้ามี โปรดแถลงรายละเอียด
- ไม่มี       มี      ชื่อบริษัท ..... จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... บาท
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะ**ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้**ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูล เกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรโปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

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

- ยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า (ในฐานะผู้เอาประกันภัยหรือผู้อยู่ในอุปการะแล้วแต่กรณี) และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่..... (กรณีที่ท่านเลือกยินยอม กรุณากรอกข้อมูล ส่วนของผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามเอกสารแนบเพิ่มเติม)
- ไม่ยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริงข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ บอกลีกสัญญาประกันภัยได้

บริษัทฯ มีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชั้นสูตพหุสิทธิ์ในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทฯ อาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แต่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์โรงพยาบาล หรือ องค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

.....  
ผู้ขอเอาประกันภัย

.....  
ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม  
(กรณีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์)

.....  
วันที่กรอกใบสมัคร  
(วัน / เดือน / ปี)

ตัวแทนประกันวินาศภัยรายนี้  
Agent

นายหน้าประกันวินาศภัยนี้  
Broker

ใบอนุญาตเลขที่.....  
License No.

ภายใน 15 วัน นับจากผู้เอาประกันภัยได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทฯ ผู้เอาประกันภัยสามารถขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย (Free Look Period) โดยส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทฯ และบริษัทฯ จะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ฉบับละ 0 บาท ภายใน 15 วัน นับจากวันที่บริษัทฯ ได้รับแจ้งการขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย หากผู้ขอเอาประกันภัยมิได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้น บริษัทฯ จะถือว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นว่าถูกต้อง และสัญญาประกันภัยนี้จะมีผลต่อเนื่องไปจนกว่าบริษัทฯ จะได้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน

#### คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อหากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทฯ มีสิทธิออกคำสั่งสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865