Allianz AYUDHYA

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

1. ผู้ขอเอาประกันภัย(ไทย) ชื่อ.....นามสกุล .....เพศ .....
   (English) Name.....Surname.....
   ที่อยู่ของผู้ขอเอาประกันภัย .....
   .....
   ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ .....
   .....
   โทรศัพท์ (บ้าน) .....(ที่ทำงาน) .....(มือถือ) .....
   (โทรสาร).....อีเมล .....
2. ข้อมูลส่วนตัว เลขที่บัตรประชาชน .....วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ..... ปี
   น้ำหนัก.....(กก.) ส่วนสูง .....(ซม.) ประเทศถิ่นกำเนิด.....ประเทศที่อยู่อาศัย.....
3. อาชีพของผู้ขอเอาประกันภัย.....ตำแหน่ง.....
   สถานที่ทำงาน .....
   กรุณาอธิบายลักษณะของงาน (อาชีพ) .....
   รายได้ / เดือน .....
4. ชื่อผู้รับประโยชน์ 1 ..... ความสัมพันธ์.....
   ที่อยู่ .....โทรศัพท์.....
   ชื่อผู้รับประโยชน์ 2 .....ความสัมพันธ์.....
   ที่อยู่ .....โทรศัพท์.....
5. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มวันที่ ..... สิ้นสุดวันที่ .....
   (กรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับต่อเมื่อได้ผ่านการพิจารณารับประกันภัยจากบริษัทฯ และมีการชำระเบี้ยประกันภัยเรียบร้อยแล้ว)
6. โปรดระบุชื่อแผนประกันภัยที่ท่านเลือก .....จำนวนผลประโยชน์ .....บาท
   ความคุ้มครองเพิ่มเติม ☐ คลอดบุตร ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ อุบัติเหตุส่วนบุคคล
   ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) .....
7. การต่ออายุอัตโนมัติ
   ☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยทุกครั้งที่ครบกำหนด โดยยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต หรือเงินฝากธนาคารตามที่ให้ข้อมูลไว้กับบริษัทฯ
   ☐ ข้าพเจ้าไม่มีความประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยอัตโนมัติ
8. กรุณาเลือกวิธีการรับค่าสินไหมทดแทน
   ☐ โอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (Bank Transfer)
   ชื่อบัญชีของธนาคารที่ท่านต้องการโอนเงิน ในกรณีที่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
   ธนาคาร.....สาขา .....เลขบัญชี .....
   ☐ เช็ค (Cheque)
9. บริษัทจะดำเนินการออกกรมธรรม์ประกันภัยแก่ผู้เอาประกันภัย โดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-policy) เท่านั้น หากผู้เอาประกันภัยประสงค์จะขอรับกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบเอกสาร สามารถติดต่อในภายหลังผ่านช่องทาง <u>ศูนย์บริการลูกค้า อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย โทรศัพท์ 1292 กด 4</u>

Allianz AYUDHYA

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 และการผ่าตัด หรือไม่

☐ 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)

กรณีแถลงว่าเคยในข้อ 11 -15 กรุณาระบุรายระเอียดในตารางต่อไปนี้ กรณีช่องว่างไม่เพียงพอ กรุณาระบุเพิ่มในตารางเพิ่มเติมด้านหลัง

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

16. ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคย มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่าง การพักฟื้น ตลอดจนรับการปรึกษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วย ปัญหาพัฒนาการ โรคจิตประสาท โรคพิษสุราเรื้อรัง การใช้สารเสพติด ทุพพลภาพ พิการ หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ .....

17. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย อยู่ระยะพักฟื้น/พักรักษาตัว โปรดระบุ.....

18. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้องอก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการรักษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....

19. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคอื่นๆ หรือไม่

☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น.....

20. ท่านเคยมีอาการ หรือได้รับการรักษาด้วยอาการมีไข้ ผื่นที่ผิวหนัง ต่อมน้ำเหลืองโต เยื่อหุ้มปอดอักเสบ เยื่อบุช่องท้องอักเสบ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออักเสบ ปวดข้อ ข้ออักเสบ เป็นระยะเวลาติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปหรือไม่

☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะ**ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้**ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูล เกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

☐ ไม่มีความประสงค์

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

☐ ยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า (ในฐานะผู้เอาประกันภัยหรือผู้อยู่ในอุปการะแล้วแต่กรณี) และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....
(กรณีที่ท่านเลือกยินยอม กรุณากรอกข้อมูล ส่วนของผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามเอกสารแนบเพิ่มเติม)

☐ ไม่ยินยอม

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันวินาศภัย หรือนายหน้าประกันวินาศภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน https://www.allianz.co.th/th_TH/privacy-for-aagi/privacy-notice.html รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันวินาศภัย และกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
   1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
   2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
   3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว https://www.allianz.co.th/th_TH/privacy-for-aagi/privacy-notice.html ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันวินาศภัย และกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
   4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย
7. บริษัทฯ มีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ
8. ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือ องค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

.....	.....	.....
ผู้ขอเอาประกันภัย	ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์)	วันที่กรอกใบสมัคร (วัน / เดือน / ปี)

☐ การประกันภัยโดยตรง Direct ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย Broker ใบอนุญาตเลขที่..... License No.

ภายใน 15 วัน นับจากผู้เอาประกันภัยได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทฯ ผู้เอาประกันภัยสามารถขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย (Free Look Period) โดยส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทฯ และบริษัทฯ จะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ฉบับละ 0 บาท ภายใน15 วัน นับจากวันที่บริษัทฯ ได้รับแจ้งการขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย หากผู้ขอเอาประกันภัยมิได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้น บริษัทฯ จะถือว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นว่าถูกต้อง และสัญญาประกันภัยนี้จะมีผลต่อเนื่องไปจนกว่าบริษัทฯ จะได้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน

โปรดศึกษาคำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของ อลิอันซ์ อยุธยา

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามตามความจริงทุกข้อหากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Allianz AYUDHYA

ตารางเพิ่มเติม

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