

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล (จ่ายผลประโยชน์สูงสุดต่อรอบปีกรมธรรม์)

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.....
กรณอาธิบายลักษณะของงาน (อาชีพ).....
รายได้ / เดือน.....
4. ชื่อผู้รับประโยชน์ 1.....ความสัมพันธ์.....
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
ชื่อผู้รับประโยชน์ 2.....ความสัมพันธ์.....
ที่อยู่.....โทรศัพท์.....
5. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มวันที่.....สิ้นสุดวันที่.....
(กรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับต่อเมื่อได้ผ่านการพิจารณารับประกันภัยจากบริษัทฯ และมีการชำระเบี้ยประกันภัยเรียบร้อยแล้ว)
6. โปรรระบุชื่อแผนประกันภัยที่ท่านเลือก.....จำนวนผลประโยชน์.....บาท
ความคุ้มครองเพิ่มเติม ตลอดบุตร ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุส่วนบุคคล
 อื่นๆ (โปรรระบุ).....
7. การต่ออายุอัตโนมัติ
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยทุกครั้งที่ครบกำหนด โดยยินยอมให้บริษัทฯ เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัยผ่านบัตรเครดิต
หรือเงินฝากธนาคารตามที่ให้ข้อมูลไว้กับบริษัทฯ
 ข้าพเจ้าไม่มีความประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัยอัตโนมัติ
8. กรุณาเลือกวิธีการรับค่าสินไหมทดแทน
 โอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (Bank Transfer)
ชื่อบัญชีของธนาคารที่ท่านต้องการ โอนเงิน ในกรณีที่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
ธนาคาร.....สาขา.....เลขบัญชี.....
 เช็ค (Cheque)
9. บริษัทจะดำเนินการออกกรมธรรม์ประกันภัยแก่ผู้เอาประกันภัย โดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-policy) เท่านั้น หากผู้เอาประกันภัย
ประสงค์จะขอรับกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบเอกสาร สามารถติดต่อในภายหลังผ่านทาง ศูนย์บริการลูกค้า อลิอันซ์ อยุธยา
ประกันภัย โทรศัพท์ 1292 กด 4

10. ท่านมีหรือเคยมี ประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต หรือ ประกันภัยอุบัติเหตุ ของบริษัทฯ หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท..... จำนวนเงินเอาผลประโยชน์บาท)
11. ท่านมีหรือเคยมีประกัน แผนชดเชยรายได้หรือไม่
 ไม่มี มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท.....จำนวนเงินเอาผลประโยชน์ทุกบริษัทรวมกัน..... บาท/วัน)
12. ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทฯ หรือบริษัทประกันภัยใดหรือไม่
 ไม่เคย เคย (ถ้าเคย โปรดระบุชื่อบริษัท จำนวนเงินผลประโยชน์บาท)
13. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคยพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอก (OPD) หรือ แพทย์รักษาตัวในโรงพยาบาล (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 กรุณาระบุรายละเอียดในตารางต่อไปนี้ กรณีช่องว่างไม่เพียงพอ กรุณาระบุเพิ่มในตารางเพิ่มเติมด้านล่าง

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

16. ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ท่านเคย มีอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยรักษา รับการบำบัดหรืออยู่ระหว่าง การพักฟื้น ตลอดจนรับการรักษาและคำแนะนำจากแพทย์ด้วย ปัญหาพัฒนาการ โรคจิตประสาท โรคพิษสุราเรื้อรัง การใช้สารเสพติด ทูพพลภาพ พิการ หรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
17. ปัจจุบันท่านยังคงอยู่ในช่วงระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือจากการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลหรือไม่
 ไม่เคย เคย อยู่ระยะพักฟื้น/พักรักษาตัว โปรดระบุ.....

18. ปัจจุบันท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ (อาทิเช่น ความเจ็บปวด ก้อนเนื้ออก ภาวะเลือดออกผิดปกติ หรืออื่นๆ) ที่ยังมิได้เข้ารับการ
รักษาหรือปรึกษาจากแพทย์ หรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
19. ปัจจุบันท่านรับประทานยาเป็นประจำหรือต่อเนื่อง หรือมีโรคประจำตัว หรือโรคอื่นๆ หรือไม่
 ไม่ใช่ ใช่ โปรดระบุชื่อยา สาเหตุหรือโรคที่เป็น.....
20. ท่านเคยมีอาการ หรือได้รับการรักษาด้วยอาการมีไข้ ผื่นที่ผิวหนัง ต่อม้ำเหลืองโต เยื่อหุ้มปอดอักเสบ เยื่อหุ้มช่องท้องอักเสบ ปวดเมื่อย
กล้ามเนื้อ กล้ามเนื้ออักเสบ ปวดข้อ ข้ออักเสบ เป็นระยะเวลาติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปหรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับ
และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทฯ ประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูล เกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์
วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงิน
ได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของท่าน (ในฐานะผู้เอาประกันภัยหรือผู้อยู่ในอุปการะแล้วแต่กรณี)
ต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า (ในฐานะผู้เอาประกันภัยหรือผู้อยู่ในอุปการะแล้วแต่กรณี) และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
กับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์
และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....
(กรณีที่ท่านเลือกยินยอม กรุณากรอกข้อมูล ส่วนของผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามเอกสารแนบเพิ่มเติม)
- ไม่ยินยอม

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ
ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้แทน โดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ
ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปใน
อนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการ
จ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้แทน โดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูล
ชีวภาพ 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 หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบที่ บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน https://www.allianz.co.th/th_TH/privacy-for-aagi/privacy-notice.html รวมทั้งรับทราบที่ บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า แก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันวินาศภัย และกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - 1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่อบริษัท 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 องค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

