ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุกลุ่ม แอกซ่า กรุ๊ป เฮลธ์
Application form for AXA Group Health and Accident Insurance Policy

SME Package

(นายจ้าง / Employers)

1. รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการ) / Details of the applicant (Please tick the required box)

บริษัท _____ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี _____
The Company Tax ID No.

ที่อยู่ _____
Address

ลักษณะของธุรกิจ _____
Nature of Business

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ อีเมล _____
Telephone Number FAX Email

ปัจจุบันมีลูกจ้าง หรือสมาชิกทั้งหมด _____ คน เปิดดำเนินธุรกิจมาเป็นเวลา _____ ปี
Total Employees or All Members, at present Persons Business has been in operations for years

การจัดทำประกันภัยนี้ให้สำหรับ ☐ ลูกจ้างทั้งหมด ☐ ลูกจ้างบางตำแหน่ง
This insurance is arranged for All Employees Employees of some positions

☐ ลูกจ้างทั้งหมด รวม “ผู้อยู่ในอุปการะ” ☐ ลูกจ้างบางตำแหน่ง รวม “ผู้อยู่ในอุปการะ”
All Employees including “Dependents” Employees of some positions including “Dependents”

การชำระเบี้ยประกันภัยนี้เป็นแบบ ☐ นายจ้างเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยทั้งหมด ☐ นายจ้างเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยบางส่วน คือ
Premium payment Employer pays total premium Employer pays partial premium, i.e.,

ส่วนของนายจ้างร้อยละ _____ ส่วนของลูกจ้างร้อยละ _____
Employer pays % Employee pays %

2. ระยะเวลาเอาประกันภัย / Period of Insurance

วันที่ต้องการเริ่มเอาประกันภัย (วว/ดด/ปป) _____ สิ้นสุดวันที่ (วว/ดด/ปป) _____ เวลา 24.00 น.
Commencing Date, as required (DD/MM/YYYY) Expiry Date (DD/MM/YYYY) at 24.00 hours

3. โปรดเลือกแผนความคุ้มครองที่ท่านต้องการ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการ)
Your choice of Insurance plan (Please tick the required box)

แผน / Plan ☐ แผน 1 / Plan 1 ☐ แผน 2 / Plan 2 ☐ แผน 3 / Plan 3 ☐ แผน 4 / Plan 4

ความคุ้มครองเสริม / Optional Benefits ☐ ผลประโยชน์การดูแลสุขภาพ / Wellness Benefits

4.ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้ายที่สามารถซื้อเพิ่มเติม (เบี้ยประกันภัยเพิ่ม)
Insuring Agreements/Coverage Extensions by Endorsement (Subject to additional premium)

แผน / Plan	ข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้ายที่สามารถซื้อเพิ่มเติม / Insuring Agreements/Coverage Extensions by Endorsement

5. คุณสมบัติของลูกจ้างหรือสมาชิกของผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการ)
Qualifications of Employees or Applicant's Members (Please tick the required box)

5.1 ลูกจ้างหรือสมาชิกของผู้ขอเอาประกันภัย / Employees or Applicant's members

☐ ณ วันที่ต้องการเริ่มเอาประกันภัย
On date requested for insurance to commence

☐ คุ้มครองทันทีหลังจากวันที่เริ่มต้นการว่าจ้างทำงาน _____ เดือน
Coverage to commence right after working for _____ months

5.2 ลูกจ้างหรือสมาชิกของผู้ขอเอาประกันภัยระหว่างปีกรมธรรม์ประกันภัย / Employees or Applicant's members during policy year

☐ ณ วันที่เริ่มต้นการว่าจ้างทำงาน
On date when start working

☐ คุ้มครองทันทีหลังจากวันที่เริ่มต้นการว่าจ้างทำงาน _____ เดือน
Coverage to commence right after working for _____ months

6. กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพอื่นๆ / Other Health Insurance Policy(ies)

ผู้ขอรับความคุ้มครองเหล่านี้เคยได้รับความคุ้มครองประกันภัยกลุ่มใดๆ โดยบริษัทประกันภัยอื่น หรือ บริษัท หรือไม่
Have the Applicants ever been covered under any group insurance policy(ies) with the Company or other insurance company(ies)?

☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No

ผู้ขอรับความคุ้มครองที่ต้องการให้คุ้มครอง เคยถูกปฏิเสธการประกันภัยหรือรับประกันภัย โดยมีเงื่อนไขพิเศษหรือถูกปฏิเสธการต่ออายุประกันภัย โดยบริษัทประกันภัยหรือไม่?
Have the Applicants ever been declined for insurance or accepted with special conditions or refused for insurance renewal by the insurance company(ies) ?

☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No

ถ้าท่านตอบ "ใช่" ในคำถามข้างต้น โปรดระบุรายละเอียด (รวมทั้ง ชื่อบริษัท, แผนการประกันภัย, ระยะเวลาเอาประกันภัย, และเลขที่กรมธรรม์ประกันภัย ถ้ามี)
If your answer is "YES" to above questions, please give details (including Company's name, insurance plan, period of insurance, and policy number, if any)

_____

_____

_____

7. ข้อมูลสุขภาพของลูกจ้างหรือสมาชิกของผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดแยกกรอกใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับลูกจ้างหรือสมาชิกของผู้ขอเอาประกันภัยแต่ละท่าน)
Health data of the employee or the family member of the applicant (Please complete a separate insurance application form for each employee or family member of the applicant)

ส่วนที่ 1 โปรดแถลงข้อมูลสุขภาพโดยใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้
Part 1: Please truthfully declare health data by ticking "YES" or "NO" to each question, as follows:

1	เคยได้รับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ภายในระยะห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่? Have you ever been hospitalized as an inpatient for the past 5 years or not?	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No
2	เคยได้รับการปรึกษาทางการแพทย์จากแพทย์หรือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษในระยะห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่? Have you ever had medical consultation with a physician or a medical specialist for the past 5 years or not?	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No
3	เคยหรือมีอาการผิดปกติของร่างกายแต่ไม่ได้ทำการปรึกษาแพทย์ในช่วงห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่? Have you ever experienced or had symptoms of physical abnormality but failed to consult with a physician for the past 5 years or not?	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No
4	เคยพบแพทย์ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมาหรือไม่? Have you ever visited a physician for the past 2 years or not?	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No
5	มีโรคเรื้อรังหรือได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือเกิดความพิการของร่างกาย หรือมีโรคที่เกิดขึ้นซ้ำซ้อนในระยะห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่? Do you have any pre-existing chronic disease or receiving continuing treatment or physical abnormality or recurrent disease for the past 5 years or not?	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No

7. ข้อมูลสุขภาพของลูกจ้างหรือสมาชิกของผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดแยกกรอกใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับลูกจ้างหรือสมาชิกของผู้ขอเอาประกันภัยแต่ละท่าน)
Health data of the employee or the family member of the applicant (Please complete a separate insurance application form for each employee or family member of the applicant)

ส่วนที่ 1 โปรดแถลงข้อมูลสุขภาพโดยใส่เครื่องหมาย ✔ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้

Part 1: Please truthfully declare health data by ticking "YES" or "NO" to each question, as follows:

6	มีความจำเป็นที่จะต้องปรึกษาแพทย์ในอนาคตหรือไม่? Must you consult with a physician in the foreseeable future or not?	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No
7	มีการเจ็บป่วยหรือมีอาการเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือไม่? Are you currently sick or injured?	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No

ส่วนที่ 2 หากผู้ขอเอาประกันภัยหรือสมาชิกท่านใด ตอบว่า "ใช่" ในคำถามข้างต้นกรุณาแถลงรายละเอียดดังต่อไปนี้

Part 2: If the Applicant or any family member's answer is "YES" to the above questions, please give following details:

1. ชื่อ Name	2.คำถามข้อที่ Question No.	3. สาเหตุของความบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย Cause of Injury or Sickness	4.วันที่เริ่มต้น Onset Date	5.ระยะเวลาที่เป็น Duration	6. ต้องการการรักษาต่อเนื่องหรือไม่? Any continuing treatment needed?	7.สถานะของโรคปัจจุบัน Current status of disease

หากมีมากกว่าหนึ่งโรคหรือความบาดเจ็บโปรดระบุรายละเอียดแยก

If there are more than 1 diseases or injuries, please give details separately.

ในนามของผู้รับมอบอำนาจของผู้ขอเอาประกันภัยทั้งหมด ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือตัวแทนของบริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของลูกจ้างหรือสมาชิกของข้าพเจ้า (รวมถึง "ผู้อยู่ในอุปการะ" ของลูกจ้างหรือสมาชิกในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) จากแพทย์ โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของลูกจ้างหรือสมาชิกของข้าพเจ้า (รวมถึง "ผู้อยู่ในอุปการะ" ของลูกจ้างหรือสมาชิกในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) สำเนาของการมอบอำนาจนี้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกันกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่าการประกันภัยนี้จะมีผลคุ้มครองเมื่อได้รับการตอบรับจากบริษัทฯ

ในนามของผู้รับมอบอำนาจของผู้ขอเอาประกันภัยทั้งหมด ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ใช้ จัดเก็บ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ในนามของผู้รับมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัยทั้งหมด ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

In the name of the authorized person acting for and on behalf all Applicants, I warrant that the above statements are truthfully provided. If any statement is misrepresented or omitted of any relevant facts, I agree for the Company to cancel the contract. In addition, I authorize AXA Insurance Public Company Limited or its representative to have access to details of health data, news related to medical treatment record and physical conditions of my employees or members (including "Dependents" of employees or members if the Applicant has requested them to be included) from physicians, hospitals or any organizations where medical record is kept or has knowledge about me or health conditions of my employees or members (including "Dependents" of employees or members if the Applicant has requested them to be included). The copy of this "Power of Attorney" is valid and complete in same manner as an original copy. I understand and know thoroughly that this insurance will be effective upon receiving confirmation from the Company.

In the name of the authorized person acting for and on behalf all Applicants, I warrant that I agree for AXA Insurance Public Company Limited to keep, use and disclose health facts as well as details of covered persons to the Office of Insurance Commission (OIC) for the benefits in supervising insurance business.

In the name of the authorized person acting for and on behalf all Applicants, I warrant that I wish to insure with the Company in accordance with the Policy's conditions applicable to this insurance and I also warrant that all details given above are correct and complete. I agree that the Application Form shall be the basis of the insurance contract between I and the Company.

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว
This document is not the insurance contract. You will be covered upon receiving confirmation from the Company.

ลงนาม / Signature _____

(ผู้ขอเอาประกันภัย – ผู้รับมอบอำนาจ)
(The Applicant – Authorized Person)

วันที่สมัครทำประกันภัย (วัน/เดือน/ปี)
Applying Date (DD/MM/YYYY)

ประทับตราบริษัท
Company's stamp affixed

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

เมื่อคุณดำเนินการนำส่งใบคำขอเอาประกันภัยนี้ให้แก่แอกซ่า แอกซ่าถือว่าคุณได้รับรู้และยอมรับนโยบายความเป็นส่วนตัวของแอกซ่าที่ระบุในลิงค์ https://www.axa.co.th/th/legal-and-privacy-statement แล้ว รวมถึงตกลงและให้คำรับรองในเรื่องดังต่อไปนี้
By submitting this application to AXA, you are acknowledged and agreed with our Privacy policy which can be found at https://www.axa.co.th/en/legal-and-privacy-statement including but not limited to certify and agree that

- ยืนยันว่าท่านมีสิทธิตามกฎหมายหรือได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นต่อบริษัททุกประการ
  You have the right or received the consent from Data Subject as required by Data Protection law to provide their personal data to the Company
- คุณได้ดำเนินการแจ้งหรือตกลงที่จะดำเนินการแจ้งให้บุคคลที่สามและ/หรือบุคคลอื่นใด ผู้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลที่คุณอ้างหรือระบุถึงในใบคำขอเอาประกันภัยนี้และ/หรือในเอกสารอื่นใดที่นำส่งให้บริษัท เพื่อการดำเนินการใด ๆ ในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย ไม่ว่า ณ ปัจจุบัน หรืออนาคต ให้ทราบถึงนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท
  You had notified or will notify any third party who owned the personal data which you mentioned in this application form and/or other documents submitting to AXA both present and future about AXA Privacy policy

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์มาตรา 865

WARNING Office of Insurance Commission (OIC)
You had notified or will notify any third party who owned the personal data which you mentioned in this application form and/or other documents submitting to AXA both present and future about AXA Privacy policy