



ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุกลุ่ม แอกซ่า กรุ๊ป เฮลท์

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 (ว/ด/ป) _____	สิ้นสุดวันที่ (ว/ด/ป) _____	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. คุณสมบัติของลูกจ้างหรือสมาชิกของผู้เอาประกันภัย (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการ) Qualifications of Employees or Applicant's Members (Please tick the required box)

5.1 ลูกจ้างหรือสมาชิกของผู้เอาประกันภัย / Employees or Applicant's members

- ☐ ณ วันที่ต้องการเริ่มเอาประกันภัย ☐ คุ้มครองทันทีหลังจากวันที่เริ่มการทำงาน _____ เดือน
On date requested for insurance to commence Coverage to commence right after working for months

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

- ☐ ณ วันที่เริ่มการทำงาน _____ เดือน ☐ คุ้มครองทันทีหลังจากวันที่เริ่มการทำงาน _____ เดือน
On date when start working Coverage to commence right after working for months

เกณฑ์การพิจารณารับประกันภัย / Underwriting method : MORATORIUM (MORI)

1. กรมธรรม์นี้มี ระยะเวลาที่ไม่คุ้มครอง (WAITING PERIOD) 120 วัน นับแต่วันเริ่มคุ้มครอง สำหรับโรคดังต่อไปนี้
เนื้องอก ก้อนน้ำ หรือมะเร็งทุกชนิด, ริดสีดวงทวาร, ไส้เลื่อนทุกชนิด, ต้อเนื้อ หรือต้อกระจก, การตัดทอนซิล หรือต่อมไธรอยด์, นิ้วทุกชนิด, เส้นเลือดอุดตันที่หัวใจ, เยื่อโพรงจมูกอักเสบ
This policy have WAITING PERIOD 120 Days for following specific illness : - Tumors, cysts, or all kinds of cancer, Hemorrhoids, All kinds of hernias, Pterygium or cataract, Tonsillectomy, All kinds of calculi, Varicose veins, Endometriosis.
2. กรมธรรม์นี้ไม่คุ้มครอง สภาพที่เป็นมาก่อนการเอาประกันภัย
PRE-EXISTING CONDITIONS are not covered for this policy.

ในนามของผู้รับมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัยทั้งหมด ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากท้อถอยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท แอ็กซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือตัวแทนของบริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของลูกจ้างหรือสมาชิกของข้าพเจ้า (รวมถึง “ผู้อยู่ในอุปการะ” ของลูกจ้างหรือสมาชิกในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยร่วมด้วย) จากแพทย์ โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของลูกจ้างหรือสมาชิกของข้าพเจ้า (รวมถึง “ผู้อยู่ในอุปการะ” ของลูกจ้างหรือสมาชิกในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยร่วมด้วย) สำเนาของการมอบอำนาจนี้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกันกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบว่าการประกันภัยนี้จะมีผลคุ้มครองเมื่อได้รับการตอบรับจากบริษัท

ในนามของผู้รับมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัยทั้งหมด ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ใช้ จัดเก็บ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการทำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ในนามของผู้รับมอบอำนาจของผู้เอาประกันภัยทั้งหมด ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท

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

เมื่อคุณดำเนินการนำส่งใบคำขอเอาประกันภัยให้แก่แอกซ่า แอกซ่าถือว่าคุณได้รู้และยอมรับนโยบายความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนหนึ่งของแอกซ่าที่ระบุในลิงค์ <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 ให้ทราบถึงนโยบายความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนของบริษัท
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 หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ 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