



ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุกลุ่ม แอกซ่า กรุป เฮลท์ Application form for AXA Group Health and Accident Insurance Policy

SME Package

(ลูกจ้าง / Employees)

1. รายละเอียดของนายจ้าง / Details of the Employer

บริษัท (ชื่อจดทะเบียน) _____
The Company (Registered Name)
ที่อยู่ _____
Address

2. รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย / Details of the Applicant

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.) _____ อายุ _____ ปี _____ เดือน _____
Name – Surname (Mr. / Mrs. / Ms.) Age Years Months
วัน/เดือน/ปีเกิด _____ ส่วนสูง(ซม.) _____ น้ำหนัก(กก.) _____ สัญชาติ _____
Date of Birth (DD/MM/YYYY) Height (cm) Weight (kg) Nationality
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง _____ สถานภาพ ☐ สมรส ☐ โสด ☐ อื่นๆ
ID Card No. / Passport Marital Status Married Single Other
ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก* _____ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____ อีเมล _____
Principal Country of Residence* Telephone No. Email
ที่อยู่ติดต่อได้ _____
Present Address
อาชีพ (ตำแหน่งงาน) _____ ลักษณะงาน _____
Occupation (Position) Nature of Work
ชื่อบริษัทที่ทำงาน _____ ลักษณะของธุรกิจ _____
Name of Employing Company Nature of Business
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์ _____
Name-Surname of the Beneficiary Relationship

3. โปรดระบุบัญชีธนาคาร (กรณีที่ต้องการให้โอนเงินค่าสินไหมทดแทน) Details of Bank Account (If claims payment to be made by bank transfer)

ชื่อบัญชี _____
Name of Account Holder
ธนาคาร _____ สาขา _____ เลขที่บัญชี _____
Bank Branch Account No.

4. โปรดระบุชื่อแพทย์ที่ท่านพบบ่อยที่สุดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ถ้ามี) Please advise physician's name(s) you mostly visited in the past 5 years (if any)

ชื่อ- นามสกุลแพทย์ _____ ชื่อสถานพยาบาล _____
Name – Surname of Physicians Name of Hospital
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____
Address Telephone No.
ชื่อ- นามสกุลแพทย์ _____ ชื่อสถานพยาบาล _____
Name – Surname of Physicians Name of Hospital
ที่อยู่ _____ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____
Address Telephone No.

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

414 อาคารสยามปทุมวันเฮาส์ ชั้น 25 ยูนิต 2511-1-2 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
414 Siam Patumwan House, Floor 25th, Unit 2511-1-2, Phayathai Road, Wangmai Sub-district, Pathumwan District, Bangkok 10330
Tel. +66 2118 8111 www.axa.co.th Email: axathai@axa.co.th



5. รายชื่อผู้ที่ต้องการคุ้มครอง (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ต้องการ)
Name of person(s) to be insured (Please tick the required box)

- ☐ ต้องการให้คุ้มครองเฉพาะท่านเพียงคนเดียว / You want the insurance to cover yourself only
- ☐ ต้องการให้คุ้มครอง รวมสมาชิกในครอบครัว** ดังต่อไปนี้ / You want the insurance to include your family member(s)** , as follows:

5.1	ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.) _____ อายุ _____ ปี _____ เดือน _____ Name – Surname (Mr. / Mrs. /Ms.) Age Years Months วัน/เดือน/ปีเกิด _____ ความสัมพันธ์กับผู้ออกรประกันภัย _____ ส่วนสูง(ซม.) _____ น้ำหนัก(กก.) _____ Date of Birth (DD/MM/YYYY) Relationship to the Applicant Height (cm) Weight (kg) เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง _____ สัญชาติ _____ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____ ID Card No. / Passport Nationality Telephone No. ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก* _____ Principal Country of Residence* อาชีพ (ตำแหน่งงาน) _____ ลักษณะงาน _____ Occupation (Position) Nature of Work ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์ _____ Name-Surname of the Beneficiary Relationship
5.2	ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.) _____ อายุ _____ ปี _____ เดือน _____ Name – Surname (Mr. / Mrs. /Ms.) Age Years Months วัน/เดือน/ปีเกิด _____ ความสัมพันธ์กับผู้ออกรประกันภัย _____ ส่วนสูง(ซม.) _____ น้ำหนัก(กก.) _____ Date of Birth (DD/MM/YYYY) Relationship to the Applicant Height (cm) Weight (kg) เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง _____ สัญชาติ _____ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____ ID Card No. / Passport Nationality Telephone No. ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก* _____ Principal Country of Residence* อาชีพ (ตำแหน่งงาน) _____ ลักษณะงาน _____ Occupation (Position) Nature of Work ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์ _____ Name-Surname of the Beneficiary Relationship
5.3	ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.) _____ อายุ _____ ปี _____ เดือน _____ Name – Surname (Mr. / Mrs. /Ms.) Age Years Months วัน/เดือน/ปีเกิด _____ ความสัมพันธ์กับผู้ออกรประกันภัย _____ ส่วนสูง(ซม.) _____ น้ำหนัก(กก.) _____ Date of Birth (DD/MM/YYYY) Relationship to the Applicant Height (cm) Weight (kg) เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง _____ สัญชาติ _____ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____ ID Card No. / Passport Nationality Telephone No. ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก* _____ Principal Country of Residence* อาชีพ (ตำแหน่งงาน) _____ ลักษณะงาน _____ Occupation (Position) Nature of Work ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์ _____ Name-Surname of the Beneficiary Relationship



5.4	ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.) _____ Name – Surname (Mr. / Mrs. / Ms.)	อายุ _____ ปี _____ เดือน _____ Age Years Months
	วัน/เดือน/ปีเกิด _____ ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย _____ ส่วนสูง(ซม.) _____ น้ำหนัก(กก.) _____ Date of Birth (DD/MM/YYYY) Relationship to the Applicant Height (cm) Weight (kg)	
	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง _____ สัญชาติ _____ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ _____ ID Card No. / Passport Nationality Telephone No.	
	ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก* _____ Principal Country of Residence*	
	อาชีพ (ตำแหน่งงาน) _____ ลักษณะงาน _____ Occupation (Position) Nature of Work	
	ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์ _____ Name-Surname of the Beneficiary Relationship	

* ประเทศที่อยู่อาศัยหลัก หมายถึง ประเทศที่ผู้เอาประกันภัยอาศัยอยู่มากกว่า 185 วันต่อปี ซึ่งจะระบุเป็นที่อยู่ของผู้ได้รับความคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย ผู้เอาประกันภัยจะต้องแจ้งให้บริษัททราบในกรณีนี้ที่ผู้ได้รับความคุ้มครองรายหนึ่งรายใดเปลี่ยนแปลงประเทศที่อยู่อาศัยซึ่งอาจมีผลกระทบต่อความมีสิทธิของผู้ได้รับความคุ้มครองตามผลประโยชน์ของกรมธรรม์ หากผู้เอาประกันภัยมิได้แจ้งให้บริษัททราบในการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว บริษัทอาจปฏิเสธที่จะจ่ายผลประโยชน์ได้

* Principal Country of Residence means the country where the Applicant lives for more than 185 days/year which will be shown as the Covered Person's address in the Policy. The Insured must inform the Company if any Covered Person changes his/her Principal Country of Residence, as this may affect his/her eligible benefits afforded by this Policy. If the Insured fails to inform the Company about such change, the Company may deny paying eligible benefits.

** สมาชิกในครอบครัวในใบคำขอเอาประกันภัยนี้จะต้องเป็นสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันกับผู้เอาประกันภัย หากมิได้อาศัยอยู่ด้วยกัน โปรดแยกกรอกในใบคำขอต่างหาก

** Family Member(s) in this Application Form must be the person(s) living together with the Applicant. If not, please use a separate Application Form.

6. กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพอื่นๆ / Other Health Insurance Policies

ท่านได้มีการเอาประกันภัยสุขภาพอื่นๆ กับบริษัท หรือบริษัทอื่นๆ เอาไว้หรือไม่?

Do you have other health insurance policy (ies) with AXA Insurance PCL or other insurance company (ies) or not?

☐ ใช่ / Yes

☐ ไม่ใช่ / No

ผู้เอาประกันภัยหรือสมาชิกที่ต้องการให้คุ้มครอง เคยถูกปฏิเสธการประกันภัยหรือรับประกันภัย

โดยมีเงื่อนไขพิเศษหรือถูกปฏิเสธการต่ออายุประกันภัย โดยบริษัทประกันภัยหรือไม่?

☐ ใช่ / Yes

☐ ไม่ใช่ / No

Has the Applicant or family members to be insured ever been declined for insurance or accepted with special conditions or refused for insurance renewal by the insurance company or not?

ถ้าท่านตอบ “ใช่” ในคำถามข้างต้น โปรดระบุรายละเอียด (รวมถึง 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. ข้อมูลสุขภาพ / Health Data

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:

Questions	ผู้ขอเอาประกันภัย The Applicant	สมาชิกคนที่ 2 Member #2	สมาชิกคนที่ 3 Member #3	สมาชิกคนที่ 4 Member #4	สมาชิกคนที่ 5 Member #5
	ชื่อ / Name	ชื่อ / Name	ชื่อ / Name	ชื่อ / Name	ชื่อ / Name
1 ท่านเคยได้รับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ภายในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่? Have you ever been hospitalized as an inpatient for the past 5 years or not?	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No
2 ท่านเคยได้รับการปรึกษาทางการแพทย์จากแพทย์หรือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่? Have you ever had medical consultation with a physician or a medical specialist for the past 5 years or not?	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No
3 ท่านเคยหรือมีอาการผิดปกติของร่างกายแต่ไม่ได้ทำการ ปรึกษาแพทย์ในช่วงห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่? 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	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No
4 ท่านเคยพบแพทย์ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมาหรือไม่? Have you ever visited a physician for the past 2 years or not?	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No
5 ท่านมีโรคเรื้อรังหรือได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือ เกิดความพิการของร่างกาย หรือมีโรคที่เกิดขึ้นซ้ำซ้อน ในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมาหรือไม่? 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	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No
6 ท่านมีความจำเป็นที่จะต้องปรึกษาแพทย์ในอนาคตหรือไม่? Must you consult with a physician in the foreseeable future or not?	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No
7 ท่านกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่? Are you currently sick or injured?	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No	☐ ใช่ / Yes ☐ ไม่ใช่ / No

ส่วนที่ 2 หากผู้ขอเอาประกันภัยหรือสมาชิกท่านใด ตอบว่า "ใช่" ในคำถามข้างต้น กรุณาแถลงรายละเอียดดังต่อไปนี้

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.



ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากท้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้ามอบอำนาจแก่ บริษัท แอ็กซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือตัวแทนของบริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียด ซึ่งข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า (ทั้งนี้รวมถึงคู่สมรสและบุตรของข้าพเจ้า ในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) จากแพทย์ โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า (รวมถึงคู่สมรสและบุตรของข้าพเจ้า ในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) สำเนาของการมอบอำนาจนี้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกันกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่าการประกันภัยนี้จะมีผลคุ้มครองเมื่อได้รับการตอบรับจากบริษัท

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าต่อนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ ข้าพเจ้าตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

I warrant that the information provided above is correct. If any statement is misrepresented or omitted of any relevant facts, I agree for AXA Insurance Public Company Limited to terminate the insurance contract. In addition, I authorize AXA Insurance Public Company Limited or the Company's representative to have access to details of information, news of my medical record and physical conditions (including those of my spouse and children if they are included in this Policy). The copy of this authorization is valid and complete in same manner as the original copy. I understand and know thoroughly that this insurance shall be effective upon receiving confirmation from AXA Insurance Public Company Limited.

I authorize AXA Insurance (Public) Company Limited to keep, use and disclose health facts as well as details of the Applicant to the Office of Insurance Commission (OIC) for the benefits in supervising insurance business.

I wish to apply for the insurance with AXA Insurance (Public) Company Limited in accordance with the conditions of the Policy related to this insurance and I declare that the information given above is correct and complete. I agree that the information given in my application shall be the basis of the insurance contract between I and AXA Insurance (Public) Company Limited.

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

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

ลงนาม / Signature _____

ผู้ขอเอาประกันภัย (และในฐานะของตัวแทนของคู่สมรสและบุตร)
The Applicant (and as representative of spouse and children)

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

เมื่อคุณดำเนินการนำส่งใบคำขอเอาประกันภัยให้แก่แอ็กซ่า แอ็กซ่าถือว่าคุณได้รับรู้และยอมรับนโยบายความเป็นส่วนตัวของแอ็กซ่าที่ระบุในลิงค์ <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 ผู้เป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลที่คุณอ้างหรือระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้และ/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 หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์มาตรา 865

WARNING Office of Insurance Commission (OIC)

You must answer every question truthfully. Concealment or misstatement of facts by the Insured shall render the contract voidable, in which case the Company shall be entitled to nullify the contract pursuant to Section 865 of the Civil and Commercial Code.

บริษัท แอ็กซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

414 อาคารสยามปทุมวันเฮาส์ ชั้น 25 ยูนิต 2511-1-2 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

414 Siam Patumwan House, Floor 25th, Unit 2511-1-2, Phayathai Road, Wangmai Sub-district, Pathumwan District, Bangkok 10330

Tel. +66 2118 8111 www.axa.co.th Email: axathai@axa.co.th