



ใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับ กรมธรรม์ประกันภัยโรคมะเร็ง (แบบระยะลุกลาม และระยะไม่ลุกลาม)

แบบประกันภัย

สมาร์ทแคร์ แคนเซอร์ (SmartCare Cancer)

แผน 1
200,000 บาท

แผน 2
500,000 บาท

แผน 3
750,000 บาท

ระยะเวลาเอาประกันภัย

1. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย เริ่มต้นความคุ้มครองวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.
(หลังจากผ่านการพิจารณาประกันของบริษัท)
- (กรมธรรม์ประกันภัยนี้จะต่ออายุอัตโนมัติ หากมีการชำระเบี้ยประกันภัยภายในระยะเวลาผ่อนผัน การสิ้นสุดของสัญญาประกันภัยเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย)
2. การชำระเบี้ยประกันภัย
- 2.1 จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ.....บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีแล้ว)
- 2.2 วิธีการชำระเบี้ยประกันภัย ผ่านบัตรเครดิต ธนาคาร
หมายเลขบัตรเครดิต..... วันหมดอายุ.....
 อื่นๆ
- 2.3 ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....

รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)
- วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปีเดือน
- เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง.....ส่วนสูง (ซ.ม.).....น้ำหนัก (ก.ก.).....
- สถานะภาพ (สมรส/ โสด/ อื่นๆ- โปรดระบุ).....
- ที่อยู่ปัจจุบัน
-
- หมายเลขโทรศัพท์.....EMAIL
- อาชีพ (ตำแหน่งงาน).....ลักษณะงาน.....
- ชื่อบริษัท.....ประเภทธุรกิจ.....
- สถานที่ตั้งที่ทำงาน
-
- หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX
- ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....

รายละเอียดของคู่สมรส (ถ้าขอเอาประกันภัย)

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)
- วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปีเดือน
- เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง.....ส่วนสูง (ซ.ม.).....น้ำหนัก (ก.ก.).....
- อาชีพ (ตำแหน่งงาน).....ลักษณะงาน.....
- ชื่อบริษัท.....ประเภทธุรกิจ.....



สถานที่ตั้งที่ทำงาน

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX

ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ ลำดับที่ 1 (ถ้ามี)

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)			
วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	ปี	เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง	ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)	
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย		

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ ลำดับที่ 2 (ถ้ามี)

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)			
วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ	ปี	เดือน
เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง	ส่วนสูง (ซม.)	น้ำหนัก (กก.)	
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/น.ส.)	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย		

กรุณาให้ข้อมูลตามความจริง ในตารางต่อไปนี้

	ใช่/เคย	ไม่ใช่/ไม่เคย
1. คุณ หรือ สมาชิกในครอบครัว เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง หรือ บุตร เคยเป็น หรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งจอประสาทตา มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งที่มดลูกหรือ มะเร็งรังไข่ หรือไม่ ?		
2. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา คุณเคยได้รับการผ่าตัด ตึงเนื้อ ฤๅน้ำ หรือเนื้องอกที่อวัยวะต่างๆ หรือส่งกล้องทางเดินอาหาร และลำไส้หรือไม่ ?		
3. ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่ เวลี่ยมากกว่า 20 มวน/วัน หรือ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาคุณสูบบุหรี่ มากกว่า 10 มวน/วัน หรือไม่ ?		
4. คุณรับรู้ด้วยตัวเองว่า เคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคต่อไปนี้ หรือรับเชื้อต่อไปนี้ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบี ซี โรคเอดส์ ปอดอักเสบเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง วัณโรคปอด แผลในหลอดอาหาร ปวดท้องเรื้อรัง ภาวะอาหาร อักเสบเรื้อรัง หรือเป็นแผล ลำไส้อักเสบริ่งเรื้อรัง ตับแข็ง ตับอักเสบ ปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบริ่งเรื้อรัง ถ่ายอุจจาระ มีเลือดปน ริดสีดวงทวารอักเสบริ่งเรื้อรัง น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ โรคมะเร็ง ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ฤๅน้ำ ซีสต์ หรือไม่?		

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ในการรับทราบ การแจ้งเตือน ข่าวสาร หรือกิจกรรมอื่นๆของบริษัทผ่าน SMS ต้องการ ไม่ต้องการ
ตามหมายเลขโทรศัพท์มือถือที่ได้แจ้งไว้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันภัยนี้เป็นความจริงทุกประการหากข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่ แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทออกเลิกสัญญาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้แกบริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) สามารถดำเนินการในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าทดแทนนั้นบริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้ได้รับความคุ้มครองได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการทำบัญชีและธุรกิจประกันภัย

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพหลโยธิน แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
1168/67 Lumpini Tower 23rd Fl., Rama 4 Rd., Thung Mahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Tel. +66 2118 8111 Fax: +66 2285 6383 Email: axathai@axa.co.th - axa.co.th



ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับบุพพการี โดยเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัยให้ ผู้เอาประกันภัย รายละเอียดดังนี้ ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

คำยินยอมจากผู้เอาประกันภัย กรณีประสงค์รับกรมธรรม์ประกันภัยอิเล็กทรอนิกส์ (e-policy)

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านทางช่องทางใด

- รับเป็น e-policy ทางอีเมล (Email) ที่ระบุไว้
- รับเป็นเอกสาร โดยส่งให้ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่เดือนพ.ศ.

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย.....
และในฐานะของผู้แทนของคู่สมรส และ/หรือ บุตร ()

หมายเหตุ: รายละเอียดที่กรอกในใบสมัคร มีระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องที่สุดของท่าน

- การประกันภัยตรง
- ตัวแทนประกันวินาศภัย
- นายหน้าประกันวินาศภัย
- ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

บริษัท แอกซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)
AXA Insurance Public Company Limited

1168/67 อาคารลุมพินีทาวเวอร์ ชั้น 23 ถนนพระรามสี่ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
1168/67 Lumpini Tower 23rd Fl., Rama 4 Rd., Thung Mahamek, Sathorn, Bangkok 10120
Tel. +66 2118 8111 Fax: +66 2285 6383 Email: axathai@axa.co.th - axa.co.th