



ใบคำขอเอาประกันภัยกรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

Individual Health and Accident Application Form

แผน เอสเซนเชียล / Essential Plan

แผน อีซีแคร์ วิซ่า / EasyCare Visa Plan

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย / Details of the Applicant

ชื่อ-นามสกุล _____	วัน/เดือน/ปีเกิด _____ / _____ / _____
Name -Surname	Date of Birth
ส่วนสูง(ซม.) _____ น้ำหนัก(กก.) _____ สัญชาติ _____ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง _____	Height (cm) Weight (kg) Nationality ID Card No. / Passport
ที่อยู่ติดต่อได้ _____ Present Address	
โทรศัพท์บ้าน _____ โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____	Telephone Number Mobile Email
อาชีพ (ตำแหน่งงาน) _____ ลักษณะงาน _____	Occupation (Position) Nature of Work
ผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____	Beneficiary Relationship to the Applicant

2. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย (1 ปี) / Period of Insurance (1 year)

เริ่มต้นวันที่ _____
Effective Date

3. แผนประกันภัย และรายละเอียดที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง / Insurance Plan and Details for Coverage Required

	แผน เอสเซนเชียล / Essential Plan	แผน อีซีแคร์ วิซ่า / EasyCare Visa Plan
ความคุ้มครองหลัก Core Plan Benefits	<input type="checkbox"/> แผน 1 / PLAN 1 <input type="checkbox"/> แผน 3 / PLAN 3 <input type="checkbox"/> แผน 2 / PLAN 2 <input type="checkbox"/> แผน 4 / PLAN 4	<input type="checkbox"/> แผน 1 / PLAN 1 <input type="checkbox"/> แผน 2 / PLAN 2
ความคุ้มครองเสริม Optional Benefits	แผน เอสเซนเชียล / Essential Plan <input type="checkbox"/> ไม่มีความคุ้มครองเสริม / No Optional Benefits <input type="checkbox"/> ผลประโยชน์ผู้ป่วยนอกเท่านั้น / Outpatient Benefits Only <input type="checkbox"/> ผลประโยชน์ผู้ป่วยนอก และการดูแลสุขภาพ Outpatient and Wellness Benefits	แผน อีซีแคร์ วิซ่า / EasyCare Visa Plan <input type="checkbox"/> ไม่มีความคุ้มครองเสริม (ผลประโยชน์ผู้ป่วยนอกรวมอยู่ในแผนแล้ว) / No Optional Benefits (Outpatient benefits already included in the plan)
ความรับผิดชอบส่วนแรก (ต่อโรค) Deductible (per Illness)	แผน เอสเซนเชียล / Essential Plan <input type="checkbox"/> ไม่มีความรับผิดชอบส่วนแรก / No Deductible <input type="checkbox"/> 20,000 บาท / Baht <input type="checkbox"/> 100,000 บาท / Baht <input type="checkbox"/> 40,000 บาท / Baht <input type="checkbox"/> 200,000 บาท / Baht	แผน อีซีแคร์ วิซ่า / EasyCare Visa Plan <input type="checkbox"/> 100,000 บาท / Baht <input type="checkbox"/> 200,000 บาท / Baht <input type="checkbox"/> 300,000 บาท / Baht

4. การชำระเบี้ยประกันภัย / Payment

เบี้ยประกันภัย Premium Payment	จำนวนเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ: _____ บาท Premium Payable Amount Baht
<input type="checkbox"/> รายปี Annually	

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



5. รายชื่อสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการสมัครความคุ้มครอง
Name of family member(s) to be insured

รายละเอียดของคู่สมรส (ถ้าขอเอาประกันภัย) / Details of Spouse (Optional)

ชื่อ-นามสกุล _____ วัน/เดือน/ปีเกิด _____ / _____ / _____
Name - Surname Date of Birth
ส่วนสูง(ซม.) _____ น้ำหนัก(กก.) _____ สัญชาติ _____ เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง _____
Height (cm) Weight (kg) Nationality ID Card No. / Passport
ที่อยู่ติดต่อได้ _____
Present Address
โทรศัพท์บ้าน _____ โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____
Telephone Number Mobile Email
อาชีพ (ตำแหน่งงาน) _____ ลักษณะงาน _____
Occupation (Position) Nature of Work
ผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____
Beneficiary Relationship to the Applicant

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ ลำดับที่ 1 (ถ้ามี) / Details of Dependent #1 (Optional)

ชื่อ-นามสกุล _____
Name - Surname
วัน/เดือน/ปีเกิด _____ / _____ / _____ เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง _____
Date of Birth ID Card No. / Passport No.
ส่วนสูง(ซม.) _____ น้ำหนัก(กก.) _____
Height (cm) Weight (kg)
ผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____
Beneficiary Relationship to the Applicant

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ ลำดับที่ 2 (ถ้ามี) / Details of Dependent #2 (Optional)

ชื่อ-นามสกุล _____
Name - Surname
วัน/เดือน/ปีเกิด _____ / _____ / _____ เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง _____
Date of Birth ID Card No. / Passport No.
ส่วนสูง(ซม.) _____ น้ำหนัก(กก.) _____
Height (cm) Weight (kg)
ผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____
Beneficiary Relationship to the Applicant

รายละเอียดของผู้อยู่ในอุปการะ ลำดับที่ 3 (ถ้ามี) / Details of Dependent #3 (Optional)

ชื่อ-นามสกุล _____
Name - Surname
วัน/เดือน/ปีเกิด _____ / _____ / _____ เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง _____
Date of Birth ID Card No. / Passport No.
ส่วนสูง(ซม.) _____ น้ำหนัก(กก.) _____
Height (cm) Weight (kg)
ผู้รับประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____
Beneficiary Relationship to the Applicant



6. กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลตามความจริง ในตารางต่อไปนี้
Please give truthful information and tick the appropriate box to the following questions

ปัจจุบัน ผู้ขอเอาประกันภัย และผู้อยู่ในอุปการะของผู้ขอเอาประกันภัย Please declare the most up-to-date information of the Applicant and Dependent (s) on this application	มี YES	ไม่มี NO
1. มีประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ ? Do you have other health, life or accident insurance with other insurance companies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. เคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทประกันภัยใดหรือไม่ ? Have you ever been declined for insurance, had the policy canceled, accepted with premium loading or exclusions by any insurance company?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการผ่าตัด เคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุภายใน 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ Have you or any dependents on this application ever had a surgical operation, medical diagnosis test such as CT Scan, MRI Scan, pathological biopsy, Ultrasound, Electrocardiogram, inpatient hospitalization or had an accident in the past 5 years?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใดที่ยังไม่ได้กระทำหรือไม่ ? Have you or any dependents on this application ever been advised to have a surgical operation or additional diagnostic tests that have not yet been performed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หมายเหตุ : ในกรณีที่ท่านตอบว่า “มี หรือ เคย” กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับ ชื่อบริษัทประกันภัย สาเหตุการปฏิเสธการรับประกัน หรือยกเว้นการรับประกันสาเหตุของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ชื่อโรค ชื่อแพทย์ ชื่อโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน

Remarks : If your answer is “YES”, please provide details, i.e., name of insurance company with reasons for declining insurance or imposing special exclusions, causes for medical treatment in a hospital, name of disease, name of physician and name of the hospital providing treatment to you.

7. ข้อมูลสุขภาพ / Health data

ปัจจุบัน ผู้ขอเอาประกันภัย และผู้อยู่ในอุปการะของผู้ขอเอาประกันภัย Please declare the most up-to-date information of the Applicant and Dependent (s) on this application	มี YES	ไม่มี NO	ชื่อผู้ที่เป็นโรคนี้นี้ Name of Applicant	วันที่ป่วย Onset Date	วันที่หายป่วย Recovery Date
<p>1. มีความผิดปกติหรือโรค ดังนี้หรือไม่?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบทางเดินหายใจความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอด หอบหืด ภูมิแพ้ - หัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคที่คล้ายคลึงกัน - ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อต่อ ข้ออักเสบเรื้อรัง โรคเกาต์ ตลอดจนความผิดปกติของแผ่นหลังหรือกระดูกสันหลัง - เนื้องอก มะเร็ง หรือ ก้อนเนื้อหรือก้อนไขมันชนิดต่างๆ - ระบบทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้ ภาวะอาหาร และอาการปวดท้องเรื้อรัง - ความผิดปกติของ ตา หู คอ จมูก - โรคตับและถุงน้ำดี เช่น ตับอักเสบ ตับแข็ง นิ่วในถุงน้ำดี - โรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ - ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่ว ภาวะปัสสาวะอักเสบ - ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก - ความผิดปกติต่อมไทรอยด์ เช่น คอพอก ไทรอยด์เป็นพิษ ไฮโปไทรอยด์ - ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง โรคหลอดเลือดสมอง <p>Do you have any disorder or diseases as details below?</p> <ul style="list-style-type: none"> - respiratory disorders such as lung trouble, asthma or allergy - heart diseases, cardiomyopathy, myocardial disorders or cardiovascular disease or experienced any sign/ symptom of any heart condition - musculoskeletal system disorders, joint disorders, rheumatism, arthritis, gout, spine or back trouble 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



ปัจจุบัน ผู้ขอเอาประกันภัย และผู้อยู่ในอุปการะของผู้ขอเอาประกันภัย Please declare the most up-to-date information of the Applicant and Dependent (s) on this application	มี YES	ไม่มี NO	ชื่อผู้ที่เป็นโรคนี Name of Applicant	วันที่ป่วย Onset Date	วันที่หายป่วย Recovery Date
- digestive disorders such as intestine, stomach, and chronic abdominal pain - tumor, cancer, mass or cyst - eye, ear, throat or nose disorders - liver and gall bladder diseases such as liver inflammation, cirrhosis or gallstones - reproductive disorders or sexually transmitted diseases - urinary system disorders such as stones or bladder inflammation - circulatory and blood disorders such as high blood pressure, anemia or hemophilia - thyroid gland disorders such as goiter, thyrotoxicosis or hypothyroid - nervous system and brain disorders or cerebrovascular disease					
2. ขณะนี้ท่านกำลังเป็น หรือเคยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่? ออริสติกส์ โรคลมชัก โรคไต มีไตข้างเดียว เบาหวาน วัณโรค โรคเอส แอล อี โรคธาลัสซีเมีย หรือ กวอะแคระแกร็น Do you have or had been diagnosed with the following diseases such as autistic, epilepsy, kidney disease (with only one remaining kidney), diabetes, tuberculosis, SLE, thalassemia or dwarfism?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. นอกจากโรคดังกล่าวข้างต้นแล้ว ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือไม่? In addition from item as above, are you currently sick or injured?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. ขณะนี้ท่านกำลังรับประทานยาหรือฉีดยาเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรือไม่? Are you currently taking any medication or any routine injection for treatments of chronic disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
หมายเหตุ : ในกรณีที่ท่านตอบว่า มี กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล ชื่อแพทย์และโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน Remarks: If your answer is "YES", please provide details of disease, treatment, name of physician and name of the hospital providing treatment to you. _____ _____					

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะรับกรมธรรม์ประกันภัยเป็นภาษา
Request the language of the policy including relevant documents in

ภาษาไทย
Thai

ภาษาอังกฤษ
English

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่
Do you wish to exercise your right for income tax exemption pertinent to Revenue Code or not?

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____

Yes, I do and I authorize the general insurance company to submit and disclose details of insurance premium to the Revenue Department pertinent to relevant guidelines and procedures. If the Applicant is a Non-Thai Resident and is required by the Revenue Code to pay income tax, please also provide your Tax ID Number as received from the Revenue Department No. _____

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันสำหรับบุพการี โดยเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันให้ ผู้เอาประกันภัย รายละเอียดดังนี้ ชื่อ-นามสกุล _____ ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย _____ ผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ _____

Yes, I do and I authorize the general insurance company to submit and disclose details of insurance premium for parents to the Revenue Department pertinent to relevant guidelines and procedures. The total premium is paid by Name-Surname _____ Relationship to the insured _____ TAX ID number is _____

ไม่มีความประสงค์
No, I do not.

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

