



1. รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย										
ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)					อายุ		ปี		เดือน	
วัน/เดือน/ปีเกิด					ส่วนสูง(ซ.ม)		น้ำหนัก(ก.ก)			
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง					สถานะภาพ <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> อื่นๆ					
จำนวนสมาชิก			คน <input type="checkbox"/> มีบุตร		คน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน					
บ้าน			มือถือ			อีเมลล์				
อาชีพ (ตำแหน่งงาน)				ลักษณะงาน						
ชื่อบริษัทที่ทำงาน				ลักษณะของธุรกิจ						
สถานที่ตั้งที่ทำงาน				โทรศัพท์						
ที่ทำงาน				โทรศัพท์						
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์					ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย 1.					
ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา		บุหรี่ยุติแล้ว	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ	<input type="checkbox"/> สูบ/ เคยสูบมวน/ต่อวัน					เริ่มสูบเมื่ออายุ :
		สุรายุติแล้ว	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม	<input type="checkbox"/> ดื่ม/ เคยดื่มขวด/ต่อวัน					เริ่มดื่มเมื่ออายุ :
2. รายละเอียดของคู่สมรส – ถ้าขอเอาประกันภัยเพิ่ม										
ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/น.ส.)					อายุ		ปี		เดือน	
วัน/เดือน/ปีเกิด					ส่วนสูง(ซ.ม)		น้ำหนัก(ก.ก)			
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง					มือถือ					
อาชีพ(ตำแหน่งงาน)				ลักษณะงาน						
ชื่อบริษัทที่ทำงาน				ลักษณะของธุรกิจ						
ที่ทำงาน				โทรศัพท์						
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์					ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย 2.					
ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา		บุหรี่ยุติแล้ว	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ	<input type="checkbox"/> สูบ/ เคยสูบมวน/ต่อวัน					เริ่มสูบเมื่ออายุ :
		สุรายุติแล้ว	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม	<input type="checkbox"/> ดื่ม/ เคยดื่มขวด/ต่อวัน					เริ่มดื่มเมื่ออายุ :
3. รายละเอียดของบุตร – ถ้าขอเอาประกันภัยเพิ่ม										
3.1 ชื่อ-นามสกุล			วัน/เดือน/ปีเกิด		อายุ		ปี		เดือน	
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง			ส่วนสูง(ซ.ม)		น้ำหนัก(ก.ก)					
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์			ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย 3.1							
3.2 ชื่อ-นามสกุล			วัน/เดือน/ปีเกิด		อายุ		ปี		เดือน	
เลขที่บัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง			ส่วนสูง(ซ.ม)		น้ำหนัก(ก.ก)					
ชื่อ-นามสกุลผู้รับประโยชน์			ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย 3.2							
กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ในแผนความคุ้มครองที่ท่านต้องการ										
1. ความคุ้มครองมาตรฐาน	<input type="checkbox"/>	Basic Plan	<input type="checkbox"/>	Classic Plan	<input type="checkbox"/>	Deluxe Plan				
2. ผู้ป่วยนอก (OPD ต่อปี)	<input type="checkbox"/>	20,000 บาท	<input type="checkbox"/>	30,000 บาท	<input type="checkbox"/>	50,000 บาท				
3. การประกันอุบัติเหตุ (ทุนประกันภัย)	<input type="checkbox"/>	1,000,000 บาท	<input type="checkbox"/>	2,000,000 บาท	<input type="checkbox"/>	3,000,000 บาท				
กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า มี หรือ ไม่มี ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้										
ปัจจุบันผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรส และบุตรของผู้ขอเอาประกันภัย							ไม่มี/ ไม่เคย		มี/ เคย	
1. มีประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุ กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่										
2. เคยได้รับการปฏิเสธการรับประกันภัย การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทประกันภัยใดหรือไม่										
3. ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการผ่าตัด การตรวจวินิจฉัย การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือประสบอุบัติเหตุภายใน 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่										
4. ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการแนะนำจากแพทย์ถึงการรักษาโดยการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมอื่นใด ที่ยังไม่ได้กระทำ หรือไม่										
5. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรสและบุตร เคยได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจหรือไม่										
หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านตอบว่า "มี หรือ เคย" กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับ ชื่อบริษัทประกันภัย สาเหตุการปฏิเสธการรับประกันหรือยกเว้น สาเหตุของการรักษาตัวในโรงพยาบาล, ชื่อโรค, ชื่อแพทย์, ชื่อโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน.....										

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ และให้ข้อมูลในช่องคำตอบว่า มี หรือ ไม่มี ตามความจริง ในตารางต่อไปนี้					
ปัจจุบันผู้ขอเอาประกันภัย คู่สมรส และบุตรของผู้ขอเอาประกันภัย	มี	ไม่มี	ชื่อผู้ที่เป็นโรคนี	วันที่ป่วย	วันที่หายป่วย
1) ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอด หอบหืด ภูมิแพ้					
2) ความผิดปกติของหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคที่คล้ายคลึงกัน					
3) ความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อต่อ ข้ออักเสบเรื้อรัง โรคเกาต์ ตลอดจนความผิดปกติของแผ่นหลังหรือกระดูกสันหลัง					
4) ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้ ภาวะเพาะอาหาร และอาการปวดท้องเรื้อรัง					
5) เนื้องอก มะเร็ง หรือ ก้อนเนื้อหรือก้อนไขมันชนิดต่างๆ					
6) ความผิดปกติของ ตา หู คอ จมูก					
7) โรคตับและถุงน้ำดี เช่น ตับอักเสบ ตับแข็ง นิ่วในถุงน้ำดี					
8) โรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					
9) ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น นิ่ว ภาวะเพาะปัสสาวะอักเสบ					
10) ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตและโรคเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง โรคเลือดออกแล้วหยุดยาก					
11) ความผิดปกติต่อมไร้ท่อ เช่น คอพอก ภัยรอยด์เป็นพิษ ไฮโปไทรอยด์					
12) ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง โรคหลอดเลือดสมอง					
13) ขณะนี้ท่านกำลังเป็น หรือเคยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ ออริสติกส์ โรคลมชัก โรคไต มีไตข้างเดียว เบาหวาน วัณโรค โรคเอดส์ แอลกอฮอล์ โรคธาลัสซีเมีย ภาวะแคะแกระ					
14) นอกจากข้อ 13 แล้ว ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บหรือไม่					
15) ขณะนี้ท่านกำลังรับประทานยาหรือฉีดเพื่อรักษาโรคประจำตัวหรือไม่					

หมายเหตุ ในกรณีที่ท่านตอบว่า มี กรุณาแถลงรายละเอียดเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล ชื่อแพทย์และโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ท่าน

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้

นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท แอ็กซ่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือตัวแทนของบริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียด ซึ่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้า (ทั้งนี้รวมถึงคู่สมรสและบุตรของข้าพเจ้า ในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า (รวมถึงคู่สมรสและบุตรของข้าพเจ้า ในกรณีที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วมด้วย) สำเนาของการมอบอำนาจนี้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกันกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าเข้าใจและทราบดีว่าการประกันภัยนี้จะมีผลคุ้มครองเมื่อได้รับการตอบรับจากบริษัทฯ

..... / /

.....

.....

.....

.....

ลงนาม - ผู้ขอเอาประกันภัย
(และในฐานะของผู้แทนของ คู่สมรสและบุตร)

วันที่สมัครทำประกันภัย (วัน/เดือน/ปี)

ตัวแทน/ นายหน้า.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันภัยจะตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแถลงความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865