

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ แบบกลุ่มทั่วไปและกลุ่มองค์กร

ข้อแนะนำในการกรอกใบคำขอเอาประกันสุขภาพ

- กรุณากรอกข้อมูลให้ข้อมูลต่างๆ และประวัติทางการแพทย์ด้วยตัวท่านเอง (ขอความกรุณาให้ข้อมูลที่มากที่สุดเพื่อความสะดวกของท่านในการพิจารณารับประกันสุขภาพ และการพิจารณาสินไหมต่อไป)
- บุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้ปกครองสามารถแถลงข้อมูลสุขภาพแทนได้ โดยต้องลงลายมือชื่อเพื่อรับรองถ้อยแถลงว่าเป็นความจริง
- หากท่านมีข้อสงสัยที่เกี่ยวกับการกรอกใบคำขอเอาประกันสุขภาพนี้ สามารถติดต่อฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0 2232 8666 หรืออีเมลถึง csc@aetna.co.th

บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 98 อาคารสารทศ สแควร์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 14-15 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ : 0 2677 0000 โทรสาร : 0 2230 6500 ศูนย์บริการข้อมูลสมาชิกเอ็ทน่า 0 2232 8666 (บริการ 24 ชม.)

ข้อมูลของผู้ขอรับความคุ้มครอง

บริษัท (ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย)

ประเภทธุรกิจ ตำแหน่ง

วันที่เริ่มเข้าทำงานบริษัทนี้

คำนำหน้านาม (ตัวอย่าง : นาย นางสาว นาง ด.ช. ด.ญ. ม.ร.ว. พ.อ. ฯลฯ) IWF ชาย หญิง

ชื่อ (ผู้ขอรับความคุ้มครอง) นามสกุล

ภาษาสำหรับการติดต่อ ไทย อังกฤษ

ที่อยู่ี่สะดวกในการติดต่อ

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) (บ้าน)

(มือถือ) อีเมล

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน วัน/เดือน/ปี เกิด

อายุ ปี ส่วนสูง (ซม.) น้ำหนัก (กก.) ประเทศถิ่นกำเนิด

ประเทศที่อยู่ปัจจุบัน

ความสัมพันธ์กับพนักงาน (กรณีเป็นผู้ขอเอาประกันภัยร่วม ซึ่งมีได้เป็นพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย โปรดกรอกรายละเอียด

และระบุชื่อพนักงาน หรือเจ้าหน้าที่ ของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย) คู่สมรส บุตร

ชื่อผู้รับผลประโยชน์ (เฉพาะผู้เลือกแผนผลประโยชน์ที่มีประกันภัยอุบัติเหตุเท่านั้น)

ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์

ที่อยู่

ชื่อ-นามสกุล ความสัมพันธ์

ที่อยู่

1. ท่านมีหรือเคยมี ประกันภัยสุขภาพ ประกันชีวิต ประกันภัยอุบัติเหตุ หรือแผนชดเชยรายได้ ของบริษัทเอ็ทน่าหรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี (หากมี โปรดระบุชื่อบริษัท จำนวนเงินเอาผลประโยชน์ บาท)

2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย ยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การขึ้นเบี้ยประกันภัย หรือการยกเว้นความคุ้มครองจากบริษัทเอ็ทน่า หรือบริษัทประกันภัยใดหรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุชื่อบริษัท.....

3. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่

ไม่เคย เคย

4. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าท่านเคยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคลมชัก โรคทางสมองและระบบประสาท ภาวะอัมพาต โรคสมองฟ่อ โรคเลือดออกในสมอง โรคเนื้องอก ก้อนน้ำหรือมะเร็งทุกชนิด โรคไต โรคตับ โรคเลือด โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เอดส์) โรคกระดูกและข้อ โรคไทรอยด์ โรคเก๊าท์ โรคภูมิคุ้มกันทำลายตัวเอง โรคทางเดินหายใจ และโรคปอด เช่น หอบหืด ก้อนมะเร็งปอด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ หรือโรคเรื้อรังอันตรายอื่นๆ หรือไม่

ไม่เคย เคย

aetna[®]

aetna.co.th

5. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่

ไม่เคย เคย

กรณีแตกต่างว่า เคย ในข้อ 3-5 กรุณาระบุรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูล เกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียด ซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำหรับการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงนาม (ผู้ขอเอาประกันภัย) วัน/เดือน/ปี (วันที่กรอกใบสมัคร)

(ลงนามแทนผู้ขอเอาประกันภัยที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทนได้

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ผู้สมัครเป็นลูกจ้างของบริษัทจริง

(ประทับตรา ชื่อบริษัทนายจ้าง)

นายจ้าง

โดย (ลายเซ็นชื่อ)

ตำแหน่ง

สำหรับเจ้าหน้าที่ Aetna :

**รายละเอียดประกันสุขภาพ
สำหรับนักศึกษาที่ได้รับทุน CMU Presidential Scholarship**

1. บริษัท บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
2. แผนประกันสุขภาพ แบบกลุ่ม
3. ความคุ้มครอง ค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยในและประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล
4. เบี้ยประกันภัยต่อปี 2,979 บาท
5. ผลประโยชน์

รายละเอียด	จำนวนผลประโยชน์ (บาท)
ค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยในต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง*	
ค่าห้อง ค่าอาหารและค่าบริการพยาบาล	
ค่าห้องผู้ป่วยปกติ (สูงสุดต่อวัน)	1,500
ค่าห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) (สูงสุดต่อวัน และ 15 วันต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง*)	3,000
ค่าบริการทั่วไปสำหรับการรักษาพยาบาล	
ค่าบริการทั่วไปสำหรับการรักษาพยาบาล	20,000
การรักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินกรณีผู้ป่วยนอก (กรณีอุบัติเหตุรักษาภายใน 24 ชั่วโมง และการรักษาต่อเนื่องภายใน 15 วัน) รวมอยู่ในค่าบริการทั่วไปสำหรับการรักษาพยาบาล	5,000
ค่าแพทย์ที่ปรึกษาทางการแพทย์ กรณีไม่มีการผ่าตัดรวมอยู่ในค่าบริการทั่วไปสำหรับการรักษาพยาบาล	4,000
ค่ารถพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน รวมอยู่ในค่าบริการทั่วไปสำหรับการรักษาพยาบาล	1,000
การรักษาโดยการผ่าตัด	
ค่าธรรมเนียมแพทย์ผ่าตัด (ตามตารางผ่าตัด)	35,000
ค่าแพทย์ที่ปรึกษาทางการแพทย์ กรณีมีการผ่าตัด(ตามตารางผ่าตัด) รวมอยู่ในค่าธรรมเนียมแพทย์ผ่าตัด	4,000
ค่าแพทย์เยี่ยมไข้ (สูงสุดต่อวัน)	700
ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล	
ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (อ.บ.2)**	100,000

หมายเหตุ

* ความคุ้มครองสูงสุดต่อการเข้าพักรักษาตัวครั้งใดครั้งหนึ่ง หมายความว่ารวมถึง ค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน (ค่าห้อง ค่าอาหาร และค่าบริการพยาบาล ค่าบริการทั่วไปสำหรับการรักษาพยาบาล การรักษา โดยการผ่าตัดและค่าแพทย์เยี่ยมไข้) และความคุ้มครองเพิ่มเติม “การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง” (ถ้ามี)

** ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (อ.บ.2) คือ ความคุ้มครองกรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง เสียงการพูดออกเสียง และทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (คุ้มครองการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ 50% ของทุนประกันภัย)

- การตรวจวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุของการเจ็บป่วย เช่น PET Scan, MRI, CT Scan, Echocardiogram, Exercise Stress Test (EST) จะจ่ายให้ตามผลประโยชน์ของความคุ้มครองเพิ่มเติมในส่วนของผู้ป่วยนอกเท่านั้น ยกเว้นกรณีที่ได้รับการอนุมัติจากทางพยาบาลของเอ็ทน่าล่วงหน้าในการตรวจวินิจฉัยอาการของการเจ็บป่วย กรณีที่มีการอนุมัติล่วงหน้าจากทางเอ็ทน่า จะได้รับความคุ้มครองภายใต้ผลประโยชน์ในหมวดของค่าบริการทั่วไปสำหรับการรักษาพยาบาล

6. ตัวอย่างข้อยกเว้นความคุ้มครอง

ตัวอย่างข้อยกเว้นความคุ้มครอง ซึ่งทางเอ็หน้าขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่จ่ายผลประโยชน์ มีตัวอย่างดังต่อไปนี้

- โรคเรื้อรัง การบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่ยังมิได้รับการรักษาให้หายก่อนวันทำสัญญาประกันภัย การตรวจรักษาภาวะที่เป็นมาแต่กำเนิด หรือปัญหาด้านพัฒนาการ หรือโรคทางพันธุกรรม การแก้ไขปัญหามิวพรณ สิว ฝ้า กระ รังแค ผมร่วง หรือการควบคุมน้ำหนักตัว
- การตั้งครรภ์ แท้งบุตร ทำแท้ง การคลอดบุตร การทำหมัน หรือการคุมกำเนิด โรคเอดส์ หรือกามโรค หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจสุขภาพทั่วไป การร้องขอเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือร้องขอการผ่าตัด หรือการพักฟื้น ซึ่งไม่ใช่ความจำเป็นทางการแพทย์ หรือไม่เป็นมาตรฐานทางการแพทย์
- การตรวจรักษาความผิดปกติเกี่ยวกับสายตา การทำเลสิก
- การตรวจรักษาที่ไม่ใช่แผนปัจจุบัน รวมถึงแพทย์ทางเลือก
- การฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย การทำร้ายร่างกายตนเองหรือการพยายามทำร้ายร่างกาย รวมถึงการกิน ดื่ม หรือฉีดยาหรือสารมีพิษเข้าร่างกาย การใช้ยาเกินกว่าที่แพทย์สั่ง

7. การเข้ารับการรักษาพยาบาล

- โรงพยาบาลเอกชน ไม่ต้องสำรองเงินจ่าย
- โรงพยาบาลของรัฐ ต้องสำรองเงินจ่าย แล้วนำเอกสารยื่นบริษัทขอรับเงินคืน