

- ☒ ประเภทการประกันภัย
☐ แผนรายบุคคล (ส่วน ก.)

บริษัท บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ใบคำขอเอาประกันภัย (ส่วน ก.ผู้ขอเอาประกันภัย)

กรมธรรม์ประกันภัย เอ็กซ์ตรา แวดู

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
.....
อีเมล.....
2. ☐ บัตรประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง เลขที่.....(กรุณาแนบสำเนาเพื่อเป็นหลักฐาน)
สัญชาติ ประเทศที่อยู่.....
3. วัน/เดือน/ปีเกิด เพศ..... ส่วนสูง (ซม.)..... น้ำหนัก (กก.).....
4. อาชีพ..... ตำแหน่ง.....
ลักษณะงานที่ทำ.....
รายได้ประจำเดือน.....บาท รายได้อื่นๆ/เดือน.....บาท
สถานที่ทำงาน.....
5. ชื่อ-นามสกุล ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย.....
ที่อยู่.....
6. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย: เริ่มวันที่.....เวลา.....น. ถึงวันที่.....เวลา 24.00 น.

ผู้ขอเอาประกันภัยมีความประสงค์เลือกซื้อ

แผน.....

ประวัติทางการแพทย์ : ผู้ขอเอาประกันภัย

กรณีข้อความคุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคล

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลกับ บริษัท (ชื่อบริษัท) (“บริษัทฯ”) หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่?
☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด).....
บริษัท.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....(บาท)
2. ขณะนี้ท่านกำลังป่วย หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิด โรคเอดส์หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือมีความพิการหรือผิดปกติที่ร้ายแรงทางร่างกายหรือจิตใจหรือไม่?
☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด).....

กรณีซื้อความคุ้มครองโรคมะเร็ง

1. ท่านเคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัย หรือการขอต่ออายุประกันภัย / เลื่อนการรับประกันภัย / เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย จากบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันชีวิตใดๆหรือไม่
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี
2. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยป่วย หรือได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคมะเร็งต่อไปนี้ หรือได้รับเชื้อต่อไปนี้หรือไม่?
☐ โรคมะเร็งชนิด B, C (ไม่ว่าจะเป็นพาหะหรือเคยเป็น)
☐ โรคมะเร็งหรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV ☐ ปอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)
☐ ลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง) ☐ ตับแข็ง ตับอักเสบ
☐ ปากมดลูก หรือช่องคลอดอักเสบเรื้อรัง (ยังต้องรักษาต่อเนื่อง)
☐ มีความผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูก (Cervix Dysplasia)
☐ โรคมะเร็ง
☐ เนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ (โปรดระบุประเภท.....อวัยวะที่เป็น.....)
☐ ปัจจุบันยังเป็นอยู่และยังไม่ได้ผ่าตัด
☐ ผ่าตัดออกแล้วแต่ไม่เกิน 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย
☐ ได้ทำการผ่าตัดออกแล้วเกินกว่า 2 ปีก่อนขอเอาประกันภัย เมื่อเดือน/ปี.....
☐ โรงพยาบาล.....
☐ ผลตรวจเนื้อเยื่อ ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ
☐ แพทย์นัดติดตามผลเรื่องเนื้องอก ก้อนเนื้อ ตุ่มเนื้อ ซีสต์ ทุกๆ
☐ ☐ 3 เดือน ☐ 6 เดือน ☐ 1 ปี ☐ มากกว่า 1 ปี
☐ ☐ ไม่เคย
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี
3. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือยาสูบอื่น หรือเสพสารเสพติดใดๆ หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือไม่
☐ ไม่เคย / ไม่มี
☐ เคย / มี (กรุณาตอบคำถามเพิ่มเติม และเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ สูบบุหรี่ ไม่เกิน 1 ซอง / วัน ☐ สูบบุหรี่ มากกว่า 1 ซอง / วัน
☐ ดื่มไม่เกิน 15 แก้ว / กระป๋องต่อสัปดาห์ ☐ ดื่มมากกว่า 15 แก้ว / กระป๋องต่อสัปดาห์ หรือดื่มเกือบทุกวัน
☐ เคยเสพสารเสพติด
4. บิดา มารดา หรือพี่น้องของผู้เอาประกันภัยเคยเป็น / เสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งก่อนอายุ 60 ปีหรือไม่?
☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี
 โปรดระบุ.....
5. ปัจจุบันท่านกำลังสมัครหรือมีความคุ้มครองประกันภัยโรคมะเร็ง กับบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันชีวิตใดๆ มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ด้านบาทหรือไม่?
☐ ไม่มี ☐ มี

บริษัทจะดำเนินการออกกรมธรรม์ประกันภัยแก่ผู้เอาประกันภัย โดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-policy) เท่านั้น หากผู้เอาประกันภัยประสงค์จะขอรับกรมธรรม์ประกันภัยในรูปแบบเอกสาร สามารถติดต่อในภายหลังผ่านช่องทาง ศูนย์บริการลูกค้า อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย โทรศัพท์ 1292 กด 4

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูล เกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

☐ ไม่มีความประสงค์

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของท่าน (ในฐานะผู้เอาประกันภัยหรือผู้อยู่ในอุปการะแล้วแต่กรณี) ต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ ยินยอมให้บริษัทฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า (ในฐานะผู้เอาประกันภัยหรือผู้อยู่ในอุปการะแล้วแต่กรณี) และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่ (กรณีที่ท่านเลือกยินยอม กรุณากรอกข้อมูล ส่วนของผู้ชำระค่าเบี้ยประกันภัย ตามเอกสารแนบเพิ่มเติม)

☐ ไม่ยินยอม

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย และ/หรือ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัย และปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น

บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันวินาศภัย หรือนายหน้าประกันวินาศภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนหน้าของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน https://www.allianz.co.th/th_TH/privacy-for-aagi/privacy-notice.html รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันวินาศภัย และกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - 1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - 2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - 3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว https://www.allianz.co.th/th_TH/privacy-for-aagi/privacy-notice.html ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันวินาศภัย และกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - 4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

7. บริษัทฯ มีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ได้รับความคุ้มครองเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ
8. ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่บริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือ องค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทฯ และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

.....
ผู้ขอเอาประกันภัย

.....
ลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม
(กรณีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์)

.....
วันที่กรอกใบสมัคร
(วัน / เดือน / ปี)

☐ การประกันภัยโดยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ใบอนุญาตเลขที่.....
Direct Agent Broker License No.

ภายใน 15 วัน นับจากผู้เอาประกันภัยได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทฯ ผู้เอาประกันภัยสามารถขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย (Free Look Period) โดยส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทฯ และบริษัทฯ จะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ฉบับละ 0 บาท ภายใน 15 วัน นับจากวันที่บริษัทฯ ได้รับแจ้งการขอยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย หากผู้ขอเอาประกันภัยมิได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้น บริษัทฯ จะถือว่า ผู้ขอเอาประกันภัยได้ยอมรับในรายละเอียดข้อมูลที่ระบุไว้ข้างต้นว่าถูกต้อง และสัญญาประกันภัยนี้จะมีผลต่อเนื่องไปจนกว่าบริษัทฯ จะได้รับแจ้งการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรจากท่าน

โปรดศึกษาคำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของ อลิอันซ์ อยุธยา



คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามตามความจริง
ทุกข้อหากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็น
โมฆียะ ซึ่งบริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865