

ใบคำขอเอาประกันภัย

## กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ แบบกลุ่มทั่วไปและกลุ่มองค์กร

### ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ .....  
อาคาร ..... ชั้น ..... ห้องเลขที่..... เลขที่ .....  
ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล .....  
เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
โทรศัพท์ ..... แฟกซ์ .....  
อีเมล .....  
ชื่อผู้ติดต่อ .....  
ประกอบธุรกิจประเภท.....  
วันที่กรมธรรม์เริ่มความคุ้มครอง .....
- ให้ความคุ้มครองถึงเจ้าหน้าที่และพนักงานของบริษัทในเครือเดียวกัน  
 ไม่ต้องการ  ต้องการ กรุณากรอกชื่อบริษัทที่อยู่ในเครือ  
1) ชื่อ .....  
ที่อยู่.....รหัสไปรษณีย์.....  
2) ชื่อ .....  
ที่อยู่.....รหัสไปรษณีย์.....  
3) ชื่อ .....  
ที่อยู่.....รหัสไปรษณีย์.....
- ปัจจุบันมีการทำประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ ให้พนักงานไว้กับบริษัทประกันอื่นหรือไม่  
 ไม่มี  มี กรุณาระบุชื่อบริษัทประกัน  
1) .....  
2) .....
- การทำประกันสุขภาพและหรืออุบัติเหตุหมู่ครั้งนี้ ให้ความคุ้มครองกับ  
 ลูกจ้างของบริษัททั้งหมด  รวมผู้อยู่ในอุปการะ  ไม่รวมผู้อยู่ในอุปการะ  
 เฉพาะลูกจ้างที่ผ่านการทดลองงาน (พนักงานประจำ)  รวมผู้อยู่ในอุปการะ.....  
 ไม่รวมผู้อยู่ในอุปการะ  
 .....
- การชำระเบี้ยประกัน  
 นายจ้างเป็นผู้ชำระเบี้ยทั้งหมดให้กับลูกจ้าง  รวมผู้อยู่ในอุปการะ  ไม่รวมผู้อยู่ในอุปการะ  
 นายจ้างเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันบางส่วนให้กับลูกจ้าง
- วันที่มีสิทธิ์ ได้รับความคุ้มครองของผู้เอาประกันภัย  
 วันที่ผู้เอาประกันภัยเริ่มทำงานวันแรก  
 วันที่หลังจากผู้เอาประกันภัยผ่านช่วงทดลองงาน  
 อื่นๆ

7. จำนวนลูกจ้างที่ทำประกัน

- พนักงานโสด                      เพศชาย..... คน                      เพศหญิง ..... คน
- พนักงานสมรส                      เพศชาย..... คน                      เพศหญิง ..... คน
- ผู้อยู่ในอุปการะ (คู่สมรสและบุตร) ..... คน
- บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี..... คน

8. ผลประโยชน์ความคุ้มครอง

แบบ Quotation No .....

9. ท่านมีความประสงค์ในการรับเงินค่าสินไหม ด้วยวิธีใด

- จ่ายเช็คในนามบริษัท
- โอนเข้าบัญชีธนาคารของบริษัท กรุณาแนบรายละเอียดในการโอนเงินผ่านธนาคาร
- o ชื่อธนาคาร .....
  - o สาขา.....
  - o ประเภทบัญชี       ออมทรัพย์       กระแสรายวัน       อื่นๆ
  - o เลขที่บัญชี .....
  - o ชื่อบัญชี .....
- จ่ายเช็คตรงให้พนักงานแต่ละท่าน
- โอนเข้าบัญชีธนาคารของพนักงานแต่ละท่าน กรุณาแนบชื่อธนาคาร สาขา และเลขที่บัญชีธนาคารของพนักงานแต่ละท่าน

10. ท่านมีความประสงค์ในการรับเอกสารเกี่ยวกับ ใบแจ้งหนี้หรือใบลดหนี้ ในการแจ้งเข้า/ออกของพนักงานของท่านโดย

- ทุกๆ ครั้งที่มีการแจ้งเข้าแจ้งออก
- ทุกๆ เดือน
- ทุกๆ 3 เดือน
- ทุกๆ 6 เดือน
- รายปี

10.1 ท่านมีความประสงค์ในการรับเบี้ยประกันภัยคืนโดยวิธีใด

- จ่ายเช็คในนามบริษัท
- โอนเข้าบัญชีธนาคารของบริษัท กรุณาแนบรายละเอียดในการโอนเงินผ่านธนาคาร
- โอนเข้าบัญชีธนาคารของบริษัท กรุณาแนบรายละเอียดในการโอนเงินผ่านธนาคาร
- o ชื่อธนาคาร .....
  - o สาขา .....
  - o ประเภทบัญชี       ออมทรัพย์       กระแสรายวัน       อื่นๆ
  - o เลขที่บัญชี .....
  - o ชื่อบัญชี .....

11. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด

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

12. ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย ตกลงยินยอมว่า

- 1) หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าหรือของลูกจ้างผู้ใดผู้หนึ่งเป็นความเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (“บริษัทฯ”) ผู้รับประกันทำการบอกล้างสัญญาทั้งหมดหรือเฉพาะรายนั้นๆ ได้
- 2) ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัทฯ ในการขอรับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า จากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการชดใช้ค่าสินไหมทดแทน
- 3) บริษัทฯ มีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทฯ ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทฯ อาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้
- 4) ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้ บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ ตกเป็นโมฆะซึ่งบริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ชื่อบริษัทและตราประทับ .....ผู้ขอเอาประกันภัย  
โดย.....  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....  
ลงชื่อ .....ตัวแทน/นายหน้า  
ใบอนุญาตเลขที่.....