

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 :