

ด้วยเหตุนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้แจ้งในถ้อยแถลงสุขภาพนั้นเป็นความจริงและครบถ้วนทุกประการ หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งปรากฏเป็นเท็จหรือไม่ครบถ้วน บริษัทอาชลาอนจะขกเว้นความรับผิดชอบตามบทบัญญัติกฎหมายสัญญาประกันภัย

การสละสิทธิ์การรักษาความลับของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าผู้ลงนามข้างท้ายนี้อนุญาตให้กองทุนสุขภาพ และ/หรือสถาบันทางการแพทย์ และ/หรือ สาขาทางการแพทย์ และแพทย์ทุกท่าน สถาบันทางการแพทย์ และโรงพยาบาลอื่นๆ และ/หรือ บริษัทประกันภัยอื่นๆ และ/หรือ สถาบันอื่นๆ และ/หรือ กลุ่มอื่นๆ ให้แจ้งรายละเอียดสุขภาพของข้าพเจ้า และ/หรือ อาการป่วยที่ข้าพเจ้าเคยเป็น และ/หรือ อาการป่วยที่กำลังเป็น และ/หรือ อาการป่วยที่ข้าพเจ้ามีโอกาสเป็นในอนาคต ต่อบริษัทอาชลาอนประกันภัย จำกัด (ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้สมัคร”) ตามคำขอโดยไม่มีข้อขกเว้นใดๆ และข้าพเจ้าสละสิทธิ์การรักษาความลับของผู้ป่วยให้แก่กลุ่มดังกล่าวข้างต้น และละเว้น “ผู้สมัคร” จากความรับผิดชอบนี้ การสละสิทธิ์การรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นสัญญาที่มีผลต่อข้าพเจ้าตัวแทนโดยชอบธรรมของข้าพเจ้า และกลุ่มอื่นๆที่ทดแทนได้

รายละเอียดของผู้สมัครการประกันภัย

- ข้าพเจ้าขอรับรอง ยอมรับ และสัญญาตามนี้: ถ้าตอบทุกข้อเป็นความจริง ครบถ้วน และตอบด้วยความสมัครใจ คำตอบในถ้อยแถลงสุขภาพและข้อมูลอื่นๆที่แจ้งกับผู้รับประกันภัย พร้อมทั้งเงื่อนไขทั่วไปของผู้รับประกันภัยในเรื่องดังกล่าว จะเป็นตัวกำหนดเงื่อนไขพื้นฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับผู้รับประกันภัย และจะเป็นส่วนสำคัญในสัญญาประกันภัย ผู้รับประกันภัยมีสิทธิ์ตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธการสมัครครั้งนี้ โดยมีต้องแจ้งเหตุ ข้าพเจ้าทราบว่าสัญญาประกันภัยจะมีผลหลังจากผู้รับประกันภัยออกหลักฐานการขึ้นชอมรับเป็นลายลักษณ์อักษร และหลังจากมีการจ่ายค่าเบี้ยประกันงวดแรกครบแล้ว
- ข้าพเจ้าทราบว่า ตามกรมธรรม์แล้ว ผู้รับประกันภัยจะได้รับการชกเว้นการบริการอันเกี่ยวข้องกับ การพิการใดๆ การพิการแต่กำเนิด เช่น โรคประจำตัว และ/หรือ อาการป่วยใดๆ ไม่ว่าจะได้รับการรักษาแล้วหรือไม่ก็ตาม และ/หรือผลของอาการดังกล่าวทั้งทางตรงและทางอ้อม อันเกิด และ/หรือเสื่อม ไตรมลงจากปัญหาสุขภาพที่มีก่อนหน้าประกันภัยจะเริ่มต้น โดยอยู่ภายใต้เงื่อนไขกฎหมายแรงงานต่างชาติที่สัมพันธ์กับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย Care4U

ข้อตกลงต่อเงื่อนไขการสนองรับพิเศษ

ข้าพเจ้าเห็นชอบที่จะซื้อความคุ้มครองประกันภัย:

- เบี้ยประกันเพิ่มเติมเนื่องจากโรคประจำตัว ภายใต้เงื่อนไขที่ว่าจะต้องไม่เกิน 75%
- ข้อขกเว้นว่าผู้รับประกันภัยไม่ครอบคลุมความทุพพลภาพใดๆ ที่มีอยู่ และ/หรือ ปัญหาสุขภาพของผู้สมัครต่อประกันภัย และผลที่จะตามมา และความหมายที่เกี่ยวข้องโดยนัย

คำประกาศของผู้ถือกรมธรรม์

เท่าที่ข้าพเจ้าทราบ คำประกาศของข้าพเจ้ามีความถูกต้อง และข้าพเจ้าไม่ได้ทราบถึงข้อบกพร่อง, ความทุพพลภาพแต่กำเนิด, ความบกพร่องทางกรรมพันธุ์ และ/หรือ ปัญหาทางสุขภาพ และ/หรือ โรคประจำตัว และ/หรือ อาการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะได้รับการรักษาหรือไม่ และ/หรือ ผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกิดขึ้น และ/หรือ มีความเสื่อมสภาพเนื่องจากภาวะสุขภาพที่มีมาก่อนหน้าที่จะเริ่มการประกันภัย และ/หรือ ข้อมูลอื่นๆที่จะทำให้ผู้รับประกันภัยปฏิเสธที่จะให้ความคุ้มครองต่อผู้เอาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์นี้ หากข้อมูลเหล่านี้ถูกผู้รับประกันภัยนำมาพิจารณา

ประกาศฉบับนี้ได้รับการลงนามโดยผู้เอาประกันภัยหลังจากที่มีการอธิบายเนื้อหาให้เขา/เธอในภาษาที่เขา/เธอเข้าใจ

ลายเซ็นของนายจ้าง/ผู้ถือกรมธรรม์	ชื่อของนายจ้าง/ผู้ถือกรมธรรม์	วันที่ลงนาม	ลายเซ็นของนายจ้าง/ผู้ถือกรมธรรม์
ลายเซ็นของผู้เอาประกันภัย	ชื่อของผู้สมัครสำหรับการประกันภัย	วันที่ลงนาม	ลายเซ็นของผู้สมัครสำหรับการประกันภัย