

บริษัท เอไอเอ จำกัด

AIA Company Limited

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม / Application for Group Insured

FOR AIA USE

ใบรับรองเลขที่ .....
วันที่รับเอกสาร .....
วันที่มีผลบังคับ .....

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อหน่วยงาน / บริษัท) Policyholder name ..... กรมธรรม์เลขที่ / Policy No. ....

ข้าพเจ้า / Name นาย / Mr. นาง / Mrs. นางสาว / Miss อื่นๆ / others ..... ผู้ขอเอาประกันภัย / Applicant

วัน/เดือน/ปีเกิด / Date of Birth(d/m/y) อายุ / Age ..... ปี / year ส่วนสูง / Height ..... นิ้วหนัก / Weight .....

สถานภาพ / Status โสด / Single สมรส / Married หม้าย / Widow หย่า / Divorce

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน / ID Card no. บัตรข้าราชการเลขที่ / Passport no. ....

อาชีพ / Occupation ตำแหน่ง / Position ฝ่าย / Department

เป็นสมาชิก/พนักงานราชการ/ข้าราชการ/ลูกจ้าง ของผู้ถือกรมธรรม์ / Be Employee วันที่เริ่มทำงาน / Date of Employment

เป็นคู่สมรส / Be Spouse บุตร / Be Child ของ(ชื่อ / Be Employee) สมาชิก / พนักงานราชการ / ข้าราชการ / ลูกจ้าง ของผู้ถือกรมธรรม์

โปรดแจ้งผู้รับประโยชน์ / ความสัมพันธ์ \* ในกรณีที่มีการแก้ไข ขอลบ ชิดฆ่า โปรดเซ็นชื่อกำกับ / Please specify your beneficiary, in case of any change your endorsement is required.

ชื่อผู้รับประโยชน์ / Beneficiary ความสัมพันธ์ / Relationship ที่อยู่ / Address

- 1 ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคมะเร็ง หรือความผิดปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่
2 ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรับการรักษาด้านในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใดๆที่มีได้กล่าวข้างต้นหรือไม่
3 ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดเช่นว่านั้นหรือไม่
4 ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตใดๆของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเพิ่มเงื่อนไขในการพิจารณา รับประกัน หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยหรือไม่
5 มีบุคคลในครอบครัวของท่านเคยเป็นวัณโรค เบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคทางจิตใจ หรือคู่สมรส ของท่านเคยเป็นโรคเอดส์ หรือ ตรวจพบว่ามีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์หรือไม่

หมายเหตุ : ถ้าคำตอบข้อ 1 - 5 เคยหรือใช่ โปรดระบุคำถามข้อนั้นๆ และให้รายละเอียดว่าเป็นโรคอะไร รักษาตัวที่ไหน เมื่อใด ปัจจุบันหายดีหรือยัง หรือตรวจเช็คร่างกาย / ทานยาอยู่หรือไม่ และในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุ กรุณาชี้แจงรายละเอียด (เช่น มีการตามหลังหรือไม่/ ถ้ามี เอาเหล็กออกหรือยัง)

Remark : If any of the answers to question 1 through 5 is "Yes" or injury as a result of accident, please provide full details below, by noting the question number.

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลหรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่แพทย์ / บุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นใดที่มีบันทึกทางการแพทย์ หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บของข้าพเจ้า มอบประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท เอไอเอ จำกัด อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

All the above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief. Furthermore, I hereby authorize any physician, hospital, clinic, or other organization that has any records or knowledge of me or my health to furnish AIA Company Limited with information concerning my medical history and physical condition. A photocopy of this authorization shall be effective and valid as the original.

นอกจากที่กล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าไม่ยอมรับว่า เป็นหรือเคยรักษาเกี่ยวกับโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แต่อย่างใด และข้าพเจ้าทราบดีว่าถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ บริษัทจะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า

In addition to the above statement, I hereby warrant that I am not aware to, or have never been treated of AIDS or test positive to AIDS virus and I fully understand that if I contact AIDS virus or have a positive blood test, the company may decline my application for insurance.

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอถอนเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวเสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ .....
ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยคำตามที่ให้ไว้ตามแบบฟอร์มนี้ สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยได้ตอบคำถามโดยถูกต้องตามที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ (ประทับตราชื่อหน่วยงาน/บริษัทของผู้ถือกรมธรรม์) The statements made on this form are answered correctly to the best of my knowledge and belief. (Employer's Company Stamp)

ผู้ถือกรมธรรม์ / พยาน (Policyholder / Witness) .....

โดย / By (ลายเซ็น / Signature) ตำแหน่ง / Position .....

ผู้ขอเอาประกันภัย

Applicant

สมาชิกผู้เอาประกันภัย (สมาชิกหลัก)

Signature of Insured Member

(วันที่ลงนาม / Date)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย / Note from The Office of Insurance Commission
ผู้ขอเอาประกันชีวิตตอบคำถามตามความจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จใดๆอาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865
Important Note Pursuant To: Civil & Commercial Codes, Section No. 865, you are required to disclose in this application form, fully and faithfully, all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued here under may be void.

