CHUBB® Chubb Life

บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
ทะเบียนเลขที่ 0107555000431 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431
130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 1 ชั้น 11-12 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 1283 โทรสาร 0-2675-3818 http://life.chubb.com/th

ใบสมัครประกันภัยกลุ่มสำหรับสมาชิก (แบบมีคำถามเกี่ยวกับประวัติสุขภาพ)

ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย (ชื่อบริษัท หรือองค์กร)/Policyholder Name.....กรมธรรม์เลขที่/Policy No. .....

ชื่อสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant Name.....วัน/เดือน/ปีเกิด/Date of Birth (d/m/y).....อายุ/Age.....ปี/Years

ส่วนสูง/Height..... น้ำหนัก/Weight..... เพศ/Sex ☐ ชาย/Male ☐ หญิง/Female สถานภาพ/Status ☐ โสด/Single ☐ สมรส/Married ☐ หย่า/Divorce ☐ หม้าย/Widowed

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ID Card No. ..... เลขที่หนังสือเดินทาง/Passport No. .....

อาชีพ/Occupation..... ตำแหน่ง/Position..... ฝ่าย/Department.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน/Residence Address.....

ที่อยู่ปัจจุบัน/Current Address.....

☐ เป็นสมาชิก/พนักงาน/ลูกจ้าง ของผู้ถือกรมธรรม์/Member วันที่เริ่มทำงาน/Date of Employment.....

☐ เป็นคู่สมรส/Spouse ☐ เป็นบุตร/Child ของสมาชิก/พนักงาน/ลูกจ้าง ชื่อ/of Member.....

โปรดแจ้งผู้รับประโยชน์และความสัมพันธ์/Please specify your beneficiary and relationship.

ชื่อผู้รับประโยชน์/Beneficiary	ความสัมพันธ์/Relationship	ร้อยละ/Percentage	ที่อยู่/Address
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย / Questions regarding the health and information of the applicant

1. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดา และ/หรือ มารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ หรืออาการป่วยทางจิตหรือไม่
   Have either of your natural parents or any siblings died from or ever been diagnosed with cancer, diabetes, heart disease or mental disorder by a qualified physician?
   ☐ ไม่เคย/No ☐ เคย/Yes โปรดระบุ/Detail.....
2. ท่านเคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าท่านป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคมะเร็งหรือไม่
   Have you ever been treated for or diagnosed with heart disease, high blood pressure, diabetes, liver disease, HIV defection, immune deficiencies or cancer by a qualified physician?
   ☐ ไม่เคย/No ☐ เคย/Yes โปรดระบุ/Detail.....
3. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลีนิคแพทย์ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคหรือไม่/In the past 2 years, have you ever had a serious illness or injuries, or received counseling or treatment in hospital or clinic?
   ☐ ไม่เคย/No ☐ เคย/Yes โปรดระบุ/Detail.....
4. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่
   In the past 5 years, have you ever had surgery or received medical advice by physician for surgery by a qualified physician?
   ☐ ไม่เคย/No ☐ เคย/Yes โปรดระบุ/Detail.....
5. การขอเอาประกันชีวิต หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตใดๆ ของท่านเคยถูกปฏิเสธหรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข หรือเลื่อนการรับประกันภัย หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยหรือไม่
   Have you ever been rejected for either insurance application or renewal, or requested for changing conditions, postponement, increasing premium or counter-offer of insurance?
   ☐ ไม่เคย/No ☐ เคย/Yes โปรดระบุ/Detail.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ / I hereby declare and confirm that all answers in the application including all statements in connection with medical check-ups are true and accuracy. I understand that if I do not declare true information, the insurance company shall have the right to decline insurance cover or refuse to make any payments under the policy.

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ / I hereby agree and consent to the physicians or other insurance companies or clinics which have my medical records or may have in the future to disclose to the company or a representative of the company for the purposes of entering into the insurance contract or making any payments under the policy.

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย หรือต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ / I hereby agree and consent that the company shall be entitled to collect, use, and disclose my medical records and my personal information to the Office of Insurance Commission (OIC) for the purposes of regulating the insurance industry, or other insurance companies, or licensed reinsurers, or other competent government agencies, or physicians for acceptance of insurance or making any payments under the policy, or medical purposes.

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ (กรณีสมาชิกทำประกันแบบภาคสมัครใจ)
Does the applicant wish to exercise the income tax exemption right under the revenue code or not? (For the member who enrolls under a voluntary basis)

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่..... / Yes and I agree to allow life insurance company to submit and disclose information related to insurance premium to the Revenue Department according to the rules, procedures and methods, prescribed by the Revenue Department. If the tax payer is a non-Thai resident and is subject to income tax payment according to the revenue code, please specify the tax ID number provided by the Revenue Department.....

☐ ไม่มีความประสงค์ / No, I do not wish to.

ก่อนลงลายมือชื่อขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย ในกรณีที่มีการแก้ไข ขูดลบ ขีดฆ่า โปรดเซ็นชื่อกำกับ
Before signing please duly check the accuracy of all the answers to ensure the completion and full enforcement of the insurance contract, in case of any change your endorsement is required.

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

ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย/Policyholder.....
โดย/By.....(ลายมือชื่อ/Signature)
ตำแหน่ง/Position.....

..... ผู้ขอเอาประกันภัย
(.....) Applicant
..... สมาชิกหลัก
(.....) Signature of Member
..... (วันที่ลงนาม / Signed date)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันชีวิตตอบคำถามตามความจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเป็นเท็จใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

Note from The Office of Insurance Commission
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, otherwise the policy issued here under may be void.

For Chubb Use ใบรับรองเลขที่.....
วันที่รับเอกสาร.....
วันที่มีผลบังคับ.....
ออกใบรับรองเมื่อ.....