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 ..... น้ำหนัก / 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 ขูดลบ ขีดฆ่า 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 หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่ *(Have you ever been treated for told you have heart disease, high blood pressure, diabetes, liver disease, cancer or any other serious diseases?)*	☐ เคย Yes	☐ ไม่เคย No
2	ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมานี้ ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใดๆที่มิได้กล่าวข้างต้นหรือไม่ *(Have you ever suffered form a sustained illness or had a serious injury, received consultation, or been treated in a hospital or clinic, or been advised about any treatment during the past 2 years?)*	☐ เคย Yes	☐ ไม่เคย No
3	ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดเช่นว่านั้นหรือไม่ *Have you ever had, or been advised to have, any surgical operation?*	☐ เคย Yes	☐ ไม่เคย No
4	ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตใดๆของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเพิ่มเงื่อนไขในการพิจารณารับประกัน หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยหรือไม่ *(Have you ever had any life insurance application or application for reinstatement declined, postponed, rated up or modified of its conditions?)*	☐ เคย Yes	☐ ไม่เคย No
5	มีบุคคลในครอบครัวของท่านเคยเป็นวัณโรค เบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคทางจิตใจ หรือคู่สมรส ของท่านเคยเป็นโรคเอดส์ หรือตรวจพบว่ามีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์หรือไม่ *(Has any member of your immediate family ever had tuberculosis, diabetes, heart disease or mental disease, or has your spouse suffered from AIDS or had a positive HIV blood test?)*	☐ เคย Yes	☐ ไม่เคย No

หมายเหตุ : ถ้าคำตอบข้อ 1 – 5 เคยหรือใช่ โปรดระบุคำถามข้อนั้นๆ และให้รายละเอียดว่าเป็นโรคอะไร รักษาตัวที่ไหน เมื่อใด ปัจจุบันหายดีหรือยัง หรือตรวจเช็คร่างกาย / ทานยาอยู่หรือไม่ และในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุ กรุณาชี้แจงรายละเอียด (เช่น มีการดามเหล็กหรือไม่/ 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 nothing the question number.*

.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงหรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง 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 ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่า เป็นหรือเคยรักษาเกี่ยวกับโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แต่อย่างใด และข้าพเจ้าทราบดีว่าถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ บริษัทฯจะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า

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.

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร 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 การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเป็นเท็จใดๆอาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 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.

G311FF02