

บริษัท เอไอเอ จำกัด
AIA Company Limited
ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม / Application for Group Insured

FOR AIA USE	
ใบรับรองแพทย์
วันที่รับเอกสาร
วันที่มีผลบังคับ

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

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

วันเดือนปีเกิด /Date of Birth(d/my) อายุ/Age.....ปี/year ส่วนสูง /Height.....น้ำหนัก / Weight.....

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

เลขที่บัตรประชาชน / ID Card no. บัตรข้าราชการเลขที่ / Passport no.

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

เป็นสมาชิกพนักงานราชการ/ข้าราชการ/ลูกจ้าง ของผู้ถือกรมธรรม์/ Be Employee วันที่เริ่มทำงาน / Date of Employment.....

เป็นคู่สมรส/ Be Spouse บุตร/ Be Child ของ(ชื่อ/ Be Employee).....สมาชิกพนักงานราชการ/ข้าราชการ/ลูกจ้าง ของผู้ถือกรมธรรม์

โปรดแจ้งผู้รับประโยชน์/ความสัมพันธ์ • ในกรณีที่มีการแก้ไข ขูดลบ จีคนำ 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 โรคกระเพาะ หรือความผิดปกติอย่างร้ายแรงหรือไม่ (Have you ever been treated for told you have heart disease, high blood pressure, diabetes, liver disease, cancer or any other serious diseases?) เราย ไม่เคย
 Yes No

2 ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือได้รับการรักษาตัว ในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใดๆที่มีได้กล่าวข้างต้นหรือไม่ (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?) เราย ไม่เคย
 Yes No

3 ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดเช่นว่านั้นหรือไม่ (Have you ever had, or been advised to have, any surgical operation?) เราย ไม่เคย
 Yes No

4 ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตใดๆของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเพิ่มเงื่อนไขในการพิจารณาประกัน หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยหรือไม่ (Have you ever had any life insurance application or application for reinstatement declined, postponed, rated up or modified of its conditions?) เราย ไม่เคย
 Yes No

5 มีบุคคลในครอบครัวของท่านเคยเป็นวัณโรค เบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคทางจิตใจ หรืออู่สมรส 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?) เราย ไม่เคย
 Yes No

หมายเหตุ : ถ้าคำตอบข้อ 1 - 5 เรายหรือใช่ โปรดระบุสาเหตุความชื่อนั้นๆ และให้รายละเอียดความเป็นโรคอะไร รักษาอยู่ที่ไหน เมื่อใด ปัจจุบันหายดีหรือยัง หรือตรวจเชิงรุกจาก/ ท่านเคยอยู่หรือไม่ และในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุ กรุณาแจ้งรายละเอียด (เช่น มีการตามหลักหรือไม่ ถ้ามี เอาหลักออกหรือยัง)

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.

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าโดยตลอดหรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่แพทย์/ บุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นใดที่มีบันทึกทางการแพทย์ หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บของข้าพเจ้ามอบประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท เอไอเอ จำกัด อนึ่ง สถานะภาพต่างๆของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับ

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.

นอกจากนี้ข้าพเจ้าไม่ยอมรับว่า เป็นหรือเคยรักษาเกี่ยวกับโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แต่อย่างใด และข้าพเจ้าทราบดีว่าถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็น โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ 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 contract AIDS virus or have a positive blood test, the company may decline my application for insurance.

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

ผู้ถือกรมธรรม์ / ทนาย (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
 ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จใดๆอาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามกฎหมายประกันภัยประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 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.

