



บริษัท เอไอเอ จำกัด
ใบสมัครเป็นสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่ _____

หนังสือรับรองเลขที่ _____

1. ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว _____
2. อายุ _____ ปี เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า ชื่อ-สกุลคู่สมรส _____
สถานที่ติดต่อ ☐ ตามที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อื่น _____
รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____
รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____
อาชีพ _____ ตำแหน่ง _____ หน้าที่ความรับผิดชอบ _____
3. ☐ บัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ ☐ ใบสำคัญประจำคนต่างด้าว ☐ หนังสือเดินทางเลขที่ _____
ออกเมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ณ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
4. ได้ทำสัญญา _____ ไว้กับ _____
ขอค้ำประกันขอเอาประกันภัย _____ บาท จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
ผู้กู้ร่วม ☐ ไม่มี ☐ มี _____ คน ชื่อสกุล _____
5. ระยะเวลาผ่อนชำระ _____ ปี ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี
เบี้ยประกันภัย _____ บาท อัตราดอกเบี้ย _____ % ต่อปี
☐ ประเภทชำระเบี้ยครั้งเดียว ☐ ประเภทชำระเบี้ยครั้งเดียวซึ่งปรับปรุงแล้ว ☐ รายปี ☐ รายเดือน
6. ผู้รับประโยชน์ ได้แก่ ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยเฉพาะส่วนตามภาระผูกพันของสัญญาถ้ามีเงินเหลือให้จ่ายแก่

ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์	ที่อยู่

7. ใบคำขอเอาประกันภัยของท่านเคยถูกปฏิเสธเลื่อนการรับประกันภัยเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยหรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข จาก
บริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย _____
ถ้าเคยเมื่อวันที่ _____ บริษัท _____

สำหรับบริษัท ผลการตรวจสอบและพิจารณา	การอนุมัติรับประกันภัย

บริษัท เอไอเอ จำกัด

หลักฐานแสดงถึงความสามารถที่จะเอาประกันภัยในการประกันชีวิตกลุ่มสำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ _____ ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย _____

โปรดกรอรายละเอียดและตอบคำถามตามความจริงต่อไปนี้

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ ปี ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก.
 2. ท่านเคยเป็นวันโรคปอดบวม โรคกระเ้าง หรือเนื้องอกเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตความบกพร่องทางระบบประสาทอย่างถาวรอันเนื่องมาจากความผิดปกติของเส้นเลือดสมอง หรือ โรคเกี่ยวกับสมอง โรคตับ โรคไต โรคปอดหรือโรคทางเดินหายใจ โรคเลือดหรือโรคของหลอดเลือด แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เลือดออกในทางเดินอาหาร โรคของต่อมไทรอยด์ โรคลมบ้าหมู (ลมชัก) การมองเห็นผิดปกติ โรคเกี่ยวกับดวงตา หรือหู แขนขาอ่อนแรงเป็นอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต โรคจิต โรคทางระบบประสาท โรคเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อหรือกล้ามเนื้อ มีความบกพร่องหรือพิการทางร่างกายหรือจิตใจ หรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย
 3. ท่านเคยใช้ยาเสพติดที่ให้โทษ หรือสารเสพติดใดๆ หรือยาประเภทมึนเมา หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษ หรือเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย
 4. ท่านเคยดื่มสุราหรือดื่มวิสกี้เป็นประจำเกินกว่า 1 ใน 6 ขวด หรือดื่มเบียร์เกินกว่า 1.5 ขวด หรือดื่มไวน์เกินกว่า 1 ขวดต่อวัน หรือไม่ (1 ขวดเท่ากับ 750 มิลลิลิตร) ☐ เคย ☐ ไม่เคย
 5. ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล สถานพยาบาลหรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใดๆ ที่มีได้กล่าวข้างต้นหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย
 6. ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ มีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ต่อมน้ำเหลืองโต โรคผิวหนังเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง ปอดอักเสบ หรือเคยติดเชื้อเอชไอวี ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์หรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย
 7. บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรของท่านคนใดเคยติดเชื้อไวรัสเอชไอวี หรือ เอดส์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย
 8. ในระยะเวลา 6 เดือน ที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยติดต่อกันนานเกินกว่า 10 วัน โดยมีได้ปรึกษาแพทย์ หรือมีได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย
 9. ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือ การขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตใดๆของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือมีข้อจำกัด หรือข้อแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย
- หากคำตอบในข้อ 2 ถึง 9 เป็นคำตอบรับ โปรดให้รายละเอียดเพิ่มเติม โดยระบุหมายเลขข้อที่เป็นคำถามด้วย

ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ _____

การมอบอำนาจ และให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดถูกต้องสมบูรณ์ และเป็นความจริงตามที่ข้าพเจ้าทราบ และเชื่อว่าเป็นความจริง โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าให้ความยินยอมแก่แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก หรือองค์กรอื่นใดซึ่งมีบันทึกประวัติสุขภาพหรือประวัติการรักษาของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดต่างๆดังกล่าวแก่บริษัท เอไอเอ จำกัด หรือผู้แทน อนึ่งสำเนาหรือภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้ และสมบูรณ์เสมือนต้นฉบับ

นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าติดเชื้อไวรัสเอดส์หรือมีผลเลือดบวก บริษัทจะไม่รับประกันชีวิตตามใบคำขอเอาประกันชีวิตของข้าพเจ้า

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่ _____

☐ ไม่มีความประสงค์

ทำที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(พยาน)

(ลายมือชื่อผู้สมัครขอเอาประกันภัย)

คำเตือนของคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามในแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริง หรือแถลงข้อความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 หากมีปัญหาดังกล่าวเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โปรดติดต่อขอคำแนะนำได้ที่ บริษัท เอไอเอ จำกัด เลขที่ 181 สุววงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ (10500) โทรศัพท์ 0-2634-8888 หรือ โทรสายด่วนประกันภัย (คปภ.) 1186, 0-2547-4602 ถึง 6