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 _____

   ยอดหนี้สินขณะขอเอาประกันภัย_____บาท จำนวนเงินเอาประกันภัย_____บาท

   ผู้กู้ร่วม ☐ไม่มี ☐มี_____คน ชื่อสกุล _____
5. ระยะเวลาผ่อนชำระ_____ปี ระยะเวลาเอาประกันภัย_____ปี

   เบี้ยประกันภัย_____บาท อัตราดอกเบี้ย_____% ต่อปี

   ☐ ประเภทชำระเบี้ยครั้งเดียว ☐ประเภทชำระเบี้ยครั้งเดียวซึ่งปรับปรุงแล้ว ☐รายปี ☐รายเดือน
6. ผู้รับประโยชน์ ได้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย เฉพาะส่วนตามภาระผูกพันของสัญญา ถ้ามีเงินเหลือให้จ่ายแก่

ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์	ที่อยู่

7. ใบคำขอเอาประกันภัยของท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย_____

   ถ้าเคยเมื่อวันที่_____บริษัท _____

สำหรับบริษัท ผลการตรวจสอบและพิจารณา	การอนุมัติรับประกันภัย

บริษัท เอไอเอ จำกัด

หลักฐานแสดงถึงความสามารถที่จะเอาประกันภัยในการประกันชีวิตกลุ่มสำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่_____ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย_____

โปรดกรอกรายละเอียดและตอบคำถามตามความจริงต่อไปนี้

1. เพศ ชาย หญิง วันเดือนปีเกิด_____อายุ_____ปี ส่วนสูง_____ซม. น้ำหนัก_____กก.
2. ท่านเคยเป็นวัณโรค ปอดบวม โรคมะเร็ง หรือเนื้องอก เบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต ความบกพร่องทางระบบประสาทอย่างถาวรอันเนื่องมาจากความผิดปกติของเส้นเลือดสมอง หรือ โรคเกี่ยวกับสมอง โรคตับ โรคไต โรคปอด หรือโรคทางเดินหายใจ 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. ท่านเคยดื่มสุรา หรือดื่มวิสกี้เป็นประจำเกินกว่า 1 ใน 6 ขวด หรือดื่มเบียร์เกินกว่า 1.5 ขวด หรือ ดื่มไวน์เกินกว่า 1 ขวด ต่อวัน หรือไม่ (1 ขวดเท่ากับ 750 มิลลิลิตร) ☐ เคย ☐ ไม่เคย
5. ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมานี้ ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลีนิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใดๆที่มิได้กล่าวข้างต้นหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย
6. ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ มีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ต่อมน้ำเหลืองโต โรคผิวหนังเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง ปอดอักเสบ หรือเคยติดเชื้อเอชไอวี ตรวจการติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นเอดส์หรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย
7. บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรของท่านคนใดเคยติดเชื้อไวรัสเอชไอวี หรือ เอดส์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย
8. ในระยะเวลา 6 เดือน ที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยติดต่อกันนานเกินกว่า 10 วัน โดยมิได้ปรึกษาแพทย์ หรือมิได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 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 คลีนิก หรือองค์กรอื่นใดซึ่งมีบันทึกประวัติสุขภาพหรือประวัติการรักษาของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลรายละเอียดต่างๆดังกล่าวแก่บริษัท เอไอเอ จำกัด หรือผู้แทน อนึ่งสำเนาหรือภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้ และสมบูรณ์เสมือนต้นฉบับ

นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าติดเชื้อไวรัสเอดส์หรือมีผลเลือดบวก บริษัทจะไม่รับประกันชีวิตตามใบคำขอเอาประกันชีวิตของข้าพเจ้า

ทำที่_____วันที่_____เดือน_____พ.ศ._____

_____ _____

(พยาน) (ลายมือชื่อผู้สมัครขอเอาประกันภัย)

คำเตือนของคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย(คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามในแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริง หรือแถลงข้อความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

หากมีปัญหาใดเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนี้ โปรดติดต่อขอคำแนะนำได้ที่ บริษัท เอไอเอ จำกัด

เลขที่ 181 สุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ (10500) โทรศัพท์ 0-2634-8888 หรือ โทรสายด่วนประกันภัย(คปภ.) 1186 , 0-2547-4602 ถึง 6