



บริษัท เอไอเอ จำกัด

โบสถ์นครเป็นสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

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. ผู้รับประกันได้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย เฉพาะส่วนตามภาวะผูกพันของสัญญา 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 แขนขาอ่อนแรงเป็นอัมพาต หรืออัมพฤกษ์ โรคจิต โรคทางระบบประสาท โรคเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อหรือกล้ามเนื้อ มีความบกพร่องหรือพิการทางร่างกายหรือจิตใจ หรือไม่ เคย ไม่เคย
3. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือสารเสพติดใดๆ หรือยาประเภทมีนเมา 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 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใดๆ ที่มีได้กล่าวข้างต้นหรือไม่ เคย ไม่เคย
6. ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ มีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรังเป็นระยะเวลาเวลานาน 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 หรือองค์กรอื่นใดซึ่งมีบันทึกประวัติสุขภาพหรือประวัติการรักษาของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลรายละเอียดต่างๆดังกล่าวแก่บริษัท เอไอเอ จำกัด หรือผู้แทน อนึ่งสำเนาหรือภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้ และสมบูรณ์เสมือนต้นฉบับ

นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าติดเชื้อไวรัสเอดส์หรือมีผลเลือดบวก บริษัทจะไม่รับประกันชีวิตตามใบคำขอเอาประกันชีวิตของข้าพเจ้า

ทำที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(พยาน)

(ลายมือชื่อผู้สมัครขอเอาประกันภัย)

คำเตือนของคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามในแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริง หรือแถลงข้อความเท็จใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย 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



หนังสือให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล

ข้าพเจ้า..... ผู้เอาประกันภัย
 บ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย.....
 ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
 จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
 เลขประจำตัวประชาชน

ส่วนที่ 1: การแจ้งความประสงค์ใช้สิทธิทางภาษี

- ขอแจ้งความประสงค์ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ และยินยอมให้ บริษัท เอไอเอ จำกัด เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัย ตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากร เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเพื่อยกเว้นภาษีเงินได้ต่อกรมสรรพากร ตั้งแต่ปีภาษีที่ให้ความยินยอมนี้เป็นต้นไป
- กรณีเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) และเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขที่ประจำตัวเสียภาษีอากรที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....
- ไม่มีความประสงค์

หมายเหตุ: กรณีต้องการยกเลิกการใช้สิทธิทางภาษี ต้องทำเป็นหนังสือให้บริษัทภายในวันที่ 1 ธันวาคม ของปีภาษีนั้น

ส่วนที่ 2: ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มของสมาชิกผู้เอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทฯ อาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามหนังสือรับรองการประกันชีวิต
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อยกเว้นภาษีเงินได้หรือการจ่ายเงินตามหนังสือรับรองการประกันชีวิตได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อยกเว้นภาษีเงินได้หรือการจ่ายเงินตามหนังสือรับรองการประกันชีวิตหรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

..... ผู้ให้ความยินยอม

()

วันที่