

เอกสารแนบใบสมัครเป็นสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย บริษัท เอไอเอ จำกัด

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัครจำนวน	1	ชุด
สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัครจำนวน	1	ชุด
สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับผลประโยชน์จำนวน	1	ชุด
สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์จำนวน	1	ชุด
พร้อมรับรองสำเนาด้วยปากกามีกสีน้ำเงิน		

กรณีความผิดพลาดใบสมัครหรือถ่ายเอกสารใบสมัคร (ไม่ได้ใช้ฉบับจริง)

ให้ลงลายมือชื่อทั้ง 2 หน้า

หน้าแรกให้ลงลายมือชื่อตรงมุมขวากลางของใบสมัครพร้อมเขียนชื่อตัวบรรจงในวงเล็บ



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 ได้แก่ ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยเฉพาะส่วนตามภาระผูกพันของสัญญาถ้ามีเงินเหลือให้จ่ายแก่

ชื่อ-สกุล	ความสัมพันธ์	ที่อยู่

7. ใบคำขอเอาประกันภัยของท่านเคยถูกปฏิเสธเลื่อนการรับประกันภัยเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยหรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่  เคย  ไม่เคย \_\_\_\_\_  
ถ้าเคยเมื่อวันที่ \_\_\_\_\_ บริษัท \_\_\_\_\_

สำหรับบริษัท	การอนุมัติรับประกันภัย
ผลการตรวจสอบและพิจารณา	

## บริษัท เอไอเอ จำกัด

หลักฐานแสดงถึงความสามารถที่จะเอาประกันภัยในการประกันชีวิตกลุ่มสำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ \_\_\_\_\_ ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย \_\_\_\_\_

โปรดกรอรายละเอียดและตอบคำถามตามความจริงต่อไปนี้

1. เพศ  ชาย  หญิง วันเดือนปีเกิด \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม. น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก.
  2. ท่านเคยเป็นวัณโรคปอดบวม โรคมาเลเรีย หรือเนื้องอกเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต ความบกพร่องทางระบบประสาทอย่างถาวรอันเนื่องมาจากความผิดปกติของเส้นเลือดสมอง 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. ท่านเคยใช้ยาเสพติดที่ทำให้โทษ หรือสารเสพติดใดๆ หรือยาประเภทมีนเมา หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติด ให้โทษ 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 สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ 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 หรือองค์กรอื่นใดซึ่งมีบันทึกประวัติสุขภาพหรือประวัติการรักษาของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลรายละเอียดต่างๆดังกล่าวแก่บริษัท เอไอเอ จำกัด หรือผู้แทน อนึ่งสำเนาหรือภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้ และสมบูรณ์เสมือนต้นฉบับ

นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าติดเชื้อไวรัสเอดส์หรือมีผลเลือดบวก บริษัทจะไม่รับประกันชีวิตตามใบคำขอเอาประกันชีวิตของข้าพเจ้า

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่ \_\_\_\_\_

ไม่มี ความประสงค์

ทำที่ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

(พยาน)

(ลายมือชื่อผู้สมัครขอเอาประกันภัย)

### คำเตือนของคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

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