

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับผู้ขอเอาประกันภัย แบบ 2
Group Application for Applicant (Type 2)

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

IMPORTANT NOTICE OF THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSIONS The applicant must truthfully answers all the questions. Any concealment of the truth may cause the insurance company to refuse a claim payment under the insurance contract in accordance with Section 865 of the Civil and Commercial Code.

กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกคำถาม ถ้ามีการแก้ไข ขีดฆ่า ชูตลบ ต้องเซ็นชื่อผู้ขอเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง
Please complete all inquiries below. Any text amended, crossed out, erased shall be signed by the applicant.

ส่วนที่ 1 รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย
Part 1 Applicant Information

1.1 กรมธรรม์เลขที่: Policy number..... สมาชิกเลขที่: Member number.....

1.2 ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (องค์กร บริษัท หรือนายจ้าง): Name of Policyholder (Organization, Company or Employer).....

1.3 ผู้ขอเอาประกันภัย : Applicant

1.3.1 ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว/ค.ช./ค.ญ.) : Name and surname of the applicant (Mr./Mrs./Miss/Master/Miss).....

1.3.2 ขอเอาประกันภัยในฐานะ: Applying for the insurance as พนักงาน/สมาชิก: Employee/Member คู่สมรส: Spouse บุตร: Child
ในกรณีผู้ขอเอาประกันภัยสมัครเอาประกันภัยในฐานะคู่สมรสหรือบุตรของพนักงาน/สมาชิก โปรดระบุ ชื่อ-สกุลพนักงาน/สมาชิก:
In case the applicant applies for the insurance as a spouse or child of an employee/member, please specify the name and surname of employee/member
.....

1.3.3 เพศ: Gender ชาย: Male หญิง: Female วัน/เดือน/ปีเกิด: Date of Birth..... อายุ: Age ปี: Year
ส่วนสูง: Height..... ซม. : cm. น้ำหนัก: Weight..... ก.ก. : kg.
สถานภาพสมรส: Marital status โสด: Single สมรส: Married หย่า: Divorced ม่าย: Widowed
 บัตรประชาชนเลขที่: ID Card number..... อื่นๆ : Others.....

1.4 วันเริ่มทำงานของผู้ขอเอาประกันภัย: Date employment started..... ตำแหน่ง: Position.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ: Exact Duties.....

ส่วนที่ 2 ถ้อยแถลงสุขภาพ
Part 2 Health Declaration

1. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก โรคหลอดเลือดในสมอง อัมพาต โรคหอบหืด โรคตับ โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคไต โรคมะเร็งหรือเนื้องอก โรคเลือด โรคต่อมไทรอยด์ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(เอดส์) โรคจิตหรือโรคประสาท ความพิการทางร่างกาย หรือไม่ Have you ever been diagnosed or treated or noticed by the physician for Heart Disease, Hypertension, Chest Pain, Cerebrovascular Disease, Paralysis, Asthma, Liver Disease, Diabetes Mellitus, Thyroid, Nephropathy, Cancer or Tumor, Haemopathy, Lymphadenopathy, HIV(AIDS), Nervous Disorder, Physical Impairment?
 ไม่เคย/ไม่มี : Never/No เคย /มี โปรดระบุ : Ever/Yes, please specify details.....

2. ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล สถานพยาบาล คลินิกแพทย์ หรือ เคยได้รับการผ่าตัด หรือเคยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจชิ้นเนื้อ การเอกซเรย์ การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจเลือดหรือตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ In the past 2 years, have you ever been treated in hospital , medical service center, clinic or had surgical operation or examined to diagnose disease such as Biopsy, X-ray, Ultrasound, Electrocardiogram (EKC or ECG), Blood or Urine Test, CT scan or other special instruments?
 ไม่เคย/ไม่มี : Never/No เคย /มี โปรดระบุ : Ever/Yes, please specify details.....

3. ภรรยา /สามีของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือเคยได้รับการรักษาโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(เอดส์) หรือไม่ Has your spouse ever been diagnosed by the physician or treated for HIV(AIDS)?
 ไม่เคย/ไม่มี : Never/No เคย /มี โปรดระบุ : Ever/Yes, please specify details.....

4. ท่านเคยถูกปฏิเสธ ถูกเลื่อนการรับประกันภัย ถูกเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือถูกเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ Have you ever been declined, postponed, rated up, or modified the conditions of application or reinstatement by this Company or other companies?
 ไม่เคย/ไม่มี : Never/No เคย /มี โปรดระบุ : Ever/Yes, please specify details.....

ส่วนที่ 3 คำถามเพิ่มเติม สำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมโรคร้ายแรง
Part 3 Additional Inquires for Applying the Critical Illness Rider

5. บิดา มารดา หรือพี่น้องของท่านเป็นหรือเคยเป็น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคมะเร็ง(ระบุทุกชนิด) อาการป่วยทางจิต หรือไม่ Do your parents or siblings suffered from, or have your parents or siblings ever had Heart Disease, Cerebrovascular Disease, Hypertension, Diabetes Mellitus, Nephropathy, Cancer (specify all types), Mental Illness?

