

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 ขูดลบ 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..... กก. : 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 โรคลมชัก โรคต่อมน้ำเหลืองโต 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?

บุคคลที่เป็น : Who	โรค : Disease/Illness	อายุที่เริ่มเป็น : Starting Age

6. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่หรือไม่ Do you smoke or have you ever smoked?

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย : No/Never สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ : Yes/Ever ปริมาณต่อวัน : Quantity/Day 1-20 มวน : rolls 21-40 มวน : rolls 41 มวนขึ้นไป : rolls up
 สูบบุหรี่มานาน : Duration.....ปี : year เลิกสูบบุหรี่เมื่อ : Quit on.....

ส่วนที่ 4 แจ้งผู้รับประโยชน์ (หากมิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน)

Part 4 Beneficiary(ies) (unless otherwise requested, multiple beneficiaries will be shared equally)

ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ Beneficiary's Name	ความสัมพันธ์ Relationship	อายุ Age	ร้อยละของผลประโยชน์ Percentage of Benefit

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคคลทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

Part 5: Confirmation of the Statements or Answers under the Group Application of the Applicant for Declaration, Authorization and Consent

- I certify that all answers under this group application including my statement to the physician examining my health are truthful and I understand that if any of my statement is untrue, the Company may refuse the underwriting and the payment according to the policy.
- I hereby authorize any physician, or other insurance companies or medical service center that have my health history of my previous or future illness to disclose any fact to the Company or its representatives for applying the insurance or any payment according to the policy.
- I hereby authorize the Company to store, use and disclose information relating to my health or other information to other insurance companies or reinsurers, or governmental institutions or medical personal for applying the insurance or any payment according to the policy, or any medical benefit.
- I hereby authorize the Company to store, use and disclose information relating to my health or information of applicant to the Office of Insurance Commission for the benefits of insurance business governance.

ส่วนที่ 6 คำถามเพิ่มเติม สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง

Part 6: Additional Inquires for an insurance applicant who pay premium with themselves.

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

Will an insurance applicant exercise the right to request for a deductible allowance of the income tax under the Revenue Code?

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

Yes, I will exercise and hereby give a consent for the life insurance company to disclose the information on the premium paid to the Revenue Code under the rules and procedures as prescribed by the Revenue Department, and if the insurance applicant is a foreigner (Non-Thai Residence) and having the duty to pay income tax under the Revenue Code, please also indicate the Tax ID as received from the Revenue Department: No.

ไม่มีความประสงค์ No, I will not

ลงนาม ณ วันที่: Signed Date..... เดือน: Month..... พ.ศ.: Year.....

ลงนาม: Signed.....

ลงนามต่อหน้า: Signed.....

()

()

ผู้ขอเอาประกันภัย : Applicant

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดาหรือมารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม
 ของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
 Parents or legal guardian of the applicant (In case the applicant is minor)

ลงนามต่อหน้า: Signed.....

ลงนามต่อหน้า: Signed.....

()

()

พยาน/ผู้รับมอบอำนาจของผู้ถือกรมธรรม์ : Witness/Authorized person of Policyholder

พยาน : Witness

สำหรับเจ้าหน้าที่ บมจ. อลิอันซ์ อายูธยา ประกันชีวิต (For Allianz Ayudhya Assurance Plc. only)

วันเริ่มมีผลบังคับ (Effective date).....แผนประกันภัย (Plan).....

ความเห็น (Comment)

ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ (Officer signature).....