

โปรดเขียนกรอกและเซ็นชื่อด้วยปากกาค้นเดียวกัน  
กรณีที่มีการแก้ไขขีดฆ่าชุดเลขโปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย

เลือกแผน

100 บาท

### บริษัท เอไอเอ จำกัด

181 อาคารเอไอทาวเวอร์ ถนนสุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500

**ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม (ฉบับย่อ) สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัย**

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร / กรม / บริษัท).....กรมธรรม์เลขที่.....  
ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี  
วัน / เดือน / ปีเกิด -- บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ -----  
อาชีพ.....สังกัด (หน่วยงาน / บริษัท).....  
ฝ่าย/แผนก.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....  
ผู้รับประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น กำลังเป็น หรือเคยได้รับการรักษาทางยาและคำแนะนำจากแพทย์ หรือเป็นผู้ซึ่งไร้ความสามารถ และไม่เคยมีอาการใดๆที่เกี่ยวข้องกับโรคดังต่อไปนี้คือ โรคเบาหวาน, โรคมะเร็ง หรือ เนื้องอกของอวัยวะใดๆ, โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิต, ภาวะเส้นเลือดอุดตันในสมอง หรือ กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง, โรคปอด, อาการหืด หอบ, โรคตับอักเสบ หรือ โรคใดๆที่เกี่ยวข้องตับ, โรคไต, โรคเอดส์ หรือการติดเชื้อ HIV หรือมีความผิดปกติอื่นใดอย่างร้ายแรง และคู่สมรสของข้าพเจ้าไม่เคยเป็นหรือตรวจพบว่าเป็นโรคเอดส์ หรือการติดเชื้อ HIV และทราบดีว่าถ้าป่วยเป็น หรือกำลังเป็น โรคดังกล่าวข้างต้น บริษัทฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายังคงปฏิบัติงานโดยปกติตามหน้าที่เต็มเวลา และในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมาไม่เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลาติดต่อกันนานมากกว่า 10 วัน

นอกจากนี้ ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตใดๆของข้าพเจ้า ไม่เคยถูกปฏิเสธ หรือเพิ่มเงื่อนไขในการพิจารณารับประกัน หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่แพทย์ บุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นใดที่มีบันทึกทางการแพทย์ หรือ ทราบเรื่องเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย หรือ การได้รับบาดเจ็บของข้าพเจ้า มอบประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชั่นแนลแอสซิวรันส์ จำกัด อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าขอยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้าหักเงินเดือนเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยกลุ่ม

.....  
(ลายเซ็นชื่อสมาชิกผู้สมัคร) (วันที่)

### คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตจะตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865