



หลักประกันที่มั่นคงตลอดไป

บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชันแนลแอสซิวรันส์ จำกัด

ใบสมัครเป็นสมาชิกผู้เอาประกันภัย

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 ใบสำคัญต่างด้าว พาสปอร์ต เลขที่ _____
ออกเมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ณ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
4. ได้ทำสัญญา _____ ไว้กับ _____
ยอดหนี้สินขณะขอเอาประกันภัย _____ บาท จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
ผู้กู้รวม ไม่มี มี _____ คน ชื่อ-สกุล _____
5. ระยะเวลาผ่อนชำระ _____ ปี ระยะเวลาเอาประกันภัย _____ ปี
เบี้ยประกันภัย _____ บาท อัตราดอกเบี้ย _____ % ต่อปี
 ประเภทชำระเบี้ยครั้งเดียว ประเภทชำระเบี้ยครั้งเดียวซึ่งปรับปรุงแล้ว รายปี รายเดือน
6. ผู้รับประโยชน์ ได้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย เฉพาะส่วนตามภาวะผูกพันของสัญญา ถ้ามีเงินเหลือให้จ่ายแก่
ชื่อ-สกุล _____ ความสัมพันธ์ _____ ที่อยู่ _____

7. ใบคำขอเอาประกันภัยของท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข จาก
บริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ เคย ไม่เคย
ถ้าเคยเมื่อวันที่ _____ บริษัท _____

สำหรับบริษัท ผลการตรวจสอบและพิจารณา	การอนุมัติรับประกันภัย

บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชันแนลแอสซัวร์นส์ จำกัด

หลักฐานแสดงถึงความสามารถที่จะเอาประกันภัยในการประกันชีวิตกลุ่มสำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ _____ ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย _____
โปรดกรอกรายละเอียดและตอบคำถามตามความจริงต่อไปนี้

1. เพศ ชาย หญิง วันเดือนปีเกิด _____ อายุ _____ ปี ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก.
2. ท่านเคยเป็นวัณโรค ปอดบวม โรคเมะเร็ง หรือเนื้องอก เบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต ความบกพร่องทางระบบประสาทอย่างถาวรอันเนื่องมาจากความผิดปกติของเส้นเลือดสมอง หรือ โรคเกี่ยวกับสมอง โรคตับ โรคไต โรคปอด หรือโรคทางเดินหายใจ โรคเลือดหรือโรคของหลอดเลือด แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เลือดออกในทางเดินอาหาร โรคของต่อมไทรอยด์ โรคลมบ้าหมู (ลมชัก) การมองเห็นผิดปกติ โรคเกี่ยวกับดวงตา หรือหู แขนขาอ่อนแรงเป็นอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต โรคจิต โรคทางระบบประสาท โรคเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อหรือกล้ามเนื้อ มีความบกพร่องหรือพิการทางร่างกายหรือจิตใจ หรือไม่
3. ท่านเคยใช้ยาเสพติดที่ให้โทษ หรือสารเสพติดใดๆ หรือยาประเภทมีนเมา หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติด ให้โทษ หรือเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่ เคย ไม่เคย
4. ท่านเคยดื่มสุรา หรือดื่มวิสกี้เป็นประจำเกินกว่า 1 ใน 6 ขวด หรือดื่มเบียร์เกินกว่า 1.5 ขวด หรือ ดื่มไวน์เกินกว่า 1 ขวด ต่อวัน หรือไม่ (1ขวดเท่ากับ 750 มิลลิลิตร) เคย ไม่เคย
5. ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรับการรักษาดังไว้ในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใดๆที่ได้กล่าวข้างต้นหรือไม่ เคย ไม่เคย
6. ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่ มีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ต่อมาน้ำเหลืองโต 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 หรือมิได้รับ การรักษาในโรงพยาบาล 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 อเมริกันอินเตอร์เนชันแนลแอสซัวร์นส์ จำกัด หรือผู้แทน หนึ่งสำเนาหรือภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่าฉันมีผลบังคับได้ และสมบูรณ์เสมือนต้นฉบับ

นอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าติดเชื้อไวรัสเอดส์หรือมีผลเลือดบวก บริษัทจะไม่รับประกันชีวิตตามใบคำขอเอาประกันชีวิตของข้าพเจ้า

ทำที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(พยาน)

(ลายมือชื่อผู้สมัครขอเอาประกันภัย)

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การไม่เปิดเผยข้อความจริงหรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จอาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865