โปรดเขียนกรอกและเซ็นชื่อด้วยปากกาด้ามเดียวกัน
กรณีที่มีการแก้ไขขีดฆ่าขุดลบโปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย

เลือกแผน

☐ 100 ☐ 600
☐ 200 ☐ 700
☐ 300 ☐ 800
☐ 400 ☐ 900
☐ 500 ☐ 1,000
☐ .....

บริษัท อเมริกันอินเตอร์แนชชั่นแนลแอสชัวรันส์ จำกัด สาขาประเทศไทย

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 โรคใดๆที่เกี่ยวกับตับ, โรคไต, โรคเอดส์ หรือการติดเชื้อ HIV หรือมีความผิดปกติอื่นใดอย่างร้ายแรง และคู่สมรสของข้าพเจ้าไม่เคยเป็นหรือตรวจพบว่าเป็นโรคเอดส์ หรือการติดเชื้อ HIV** และทราบดีว่าถ้าป่วยเป็น หรือกำลังเป็นโรคดังกล่าวข้างต้น 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 อเมริกันอินเตอร์แนชชั่นแนลแอสชัวรันส์ จำกัด อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าขอยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้า
หักเงินเดือนเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยกลุ่ม

.....

(ลายเซ็นชื่อสมาชิกผู้สมัคร) (วันที่)

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ผู้ขอเอาประกันชีวิตจงตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเป็นเท็จใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 หากมีปัญหาใดเกี่ยวกับเอกสารประกันภัยนี้ ขอคำแนะนำได้จากกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ และสำนักงานประกันภัยจังหวัดทุกจังหวัด

PT0502038:5-04 IH