

## ใบคำขอเอาประกันภัยแผนประกันภัย PA Group

### ข้อมูลส่วนตัวผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย \_\_\_\_\_  
 ที่อยู่ \_\_\_\_\_

### ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ วัน/เดือน/ปีเกิด \_\_/\_\_/\_\_ อายุ \_\_\_\_ ปี (ไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์)

เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง (กรณีต่างด้าว) \_\_\_\_\_ อาชีพ \_\_\_\_\_

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก :  บ้าน  ที่ทำงาน

ที่อยู่ปัจจุบัน \_\_\_\_\_

ที่ทำงาน : \_\_\_\_\_

เบอร์โทรศัพท์ บ้าน : \_\_\_\_\_ ที่ทำงาน : \_\_\_\_\_ มือถือ : \_\_\_\_\_

ผู้รับประโยชน์ : 1. \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย \_\_\_\_\_

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง  อ.บ. 1  อ.บ. 2 แผน \_\_\_\_\_  มีค่ารักษาพยาบาล  ไม่มีค่ารักษาพยาบาล

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ.....บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีธุรกิจเฉพาะแล้ว)

### ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?  
 ไม่เคย/ ไม่มี  เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท \_\_\_\_\_ เงินเอาประกันภัย (บาท) \_\_\_\_\_
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?  
 ไม่เคย/ ไม่มี  เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท \_\_\_\_\_ เงินเอาประกันภัย (บาท) \_\_\_\_\_
3. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV หรือโรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือไม่?  
 ไม่เคย/ ไม่มี  เคย/มี (โปรดให้รายละเอียด) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ไม่มีความพิการใดๆ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียด หรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงขอเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV โดยให้ถือว่า ใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมทั้งสำเนาที่จัดทำขึ้นในภายหลัง เป็นหลักฐานแห่งการมอบอำนาจดังกล่าว

ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วันที่..... ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....

### คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) :

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865