



ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มของผู้ขอเอาประกันภัย ประเภทคุ้มครองลินเชื้อ ชนิดมีคำถามสุขภาพ

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิต ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

กรมธรรม์กลุ่มเลขที่

ธนาคาร กรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)

สำหรับธนาคารเพื่อกรอกข้อมูล

ประเภทลินเชื้อ	<input type="checkbox"/> ลินเชื้อที่อยู่อาศัย	<input type="checkbox"/> ลินเชื้อธุรกิจ	<input type="checkbox"/> ลินเชื้อ OD / PN / LG	<input type="checkbox"/> ลินเชื้อ OD 3/1	<input type="checkbox"/> ลินเชื้ออื่นๆ
แผนประกันภัย	<input type="checkbox"/> แผน 1 (คุ้มครองชีวิตและอุบัติเหตุ)	<input type="checkbox"/> แผน 2 (คุ้มครองชีวิต)	<input type="checkbox"/> แผน 3 (คุ้มครองอุบัติเหตุ)	<input type="checkbox"/> แผนอื่นๆ	
การชำระค่าเบี้ยประกันภัย	<input type="checkbox"/> ขอลินเชื้อเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัย	<input type="checkbox"/> ชำระด้วยเงินสด / เงินโอน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ		
รหัสพนักงาน เจ้าหน้าที่บริการ	ชื่อ-นามสกุล	สาขาฝ่ายงาน	รหัส		
รหัสพนักงาน เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์	ชื่อ-นามสกุล	สาขาฝ่ายงาน	รหัส		
CIF ลูกค้า	วันที่สิ้นเชื่อกิจการ	เลขที่บัญชีเงินกู้			
วันที่นำส่ง	โทรศัพท์	โทรสาร			

เลขที่ใบคำขอผู้ลินเชื้อ (1) เลขที่ใบคำขอผู้ลินเชื้อ (2)

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) ชื่อ-สกุลเดิม
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ) เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ
กรณีถือสัญชาติ มากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า อายุ ปี
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. เกิดที่ประเทศ
เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง Passport (กรณีชาวต่างชาติ) ☐ อื่นๆ โปรดระบุ
เลขที่ - - - - - วันที่หมดอายุ กรณีถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่าง
ถูกต้องตามกฎหมายประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) โปรดระบุเลขที่ วันที่หมดอายุ
ชื่อภรรยา/สามี
- ที่อยู่และที่ทำงาน
 - ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ ประเทศ โทรศัพท์บ้าน
โทรศัพท์มือถือ - - - - -
 - สถานที่ทำงาน อาคาร เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ ประเทศ โทรศัพท์ อีเมล
 - ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่บ้าน/อาคาร หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
ประเทศ โทรศัพท์บ้าน
โทรศัพท์มือถือ - - - - - อีเมล
 - สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน
- อาชีพประจำ ตำแหน่ง
ลักษณะงานที่ทำ ลักษณะธุรกิจ
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี) ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ ลักษณะธุรกิจ

4. ยอดเงินขอกู้ / ยอดเงินกู้ ค้างชำระในขณะที่ขอเอาประกันภัย บาท
จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย บาท ผู้กู้ร่วม ☐ ไม่มี ☐ มี คน (กรณีที่มีผู้กู้ร่วม)
ชื่อ-สกุลผู้กู้ร่วมคนที่ 1 ☐ ไม่ทำประกัน ☐ ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย บาท
ชื่อ-สกุลผู้กู้ร่วมคนที่ 2 ☐ ไม่ทำประกัน ☐ ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย บาท
ชื่อ-สกุลผู้กู้ร่วมคนที่ 3 ☐ ไม่ทำประกัน ☐ ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย บาท
5. ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ ปี ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี
จำนวนเบี้ยประกันภัย บาท งดการชำระเบี้ยประกันภัย ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

6. ผู้รับประโยชน์ ได้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำชำระ กรณีมีผลประโยชน์เหลือจากการชำระให้กับผู้ถือกรมธรรม์ ให้จ่ายแก่

ชื่อ-สกุล	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/เอกสารที่ หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลบคืนสู่สถานะเดิม
หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด
บริษัท สาเหตุ เมื่อ
8. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☐ ไม่เสพ / ไม่เคยเสพ ☐ เสพ / เคยเสพ
☐ เล็กเสพ เมื่อ ปริมาณ ความถี่ ครั้งต่อสัปดาห์
9. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม / ไม่เคย ☐ ดื่ม / เคยดื่ม
☐ เล็กดื่ม เมื่อ ปริมาณ ขวด/ครั้ง ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ปี
10. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่สูบบุหรี่ / ไม่เคย ☐ สูบบุหรี่ / เคยสูบบุหรี่ ปริมาณ มวน/วัน สูบนาน ปี ☐ เล็กสูบบุหรี่ เมื่อ
11. ส่วนสูง ซม. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน
น้ำหนัก กก. ☐ เพิ่มขึ้น ☐ ลดลง กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

12. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ / หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือ
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ โปรดระบุรายละเอียด
13. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคไตรอยด์
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	
<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)

ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)

1. การรับรองสถานะ

- ก. ท่านมีรายได้ที่มาจากประเทศสหรัฐอเมริกา หรือมีสถานประกอบการหรือสถานที่ติดต่อในประเทศสหรัฐอเมริกา หรือเสียหรือเคยเสียภาษีตามกฎหมายสหรัฐอเมริกาหรือไม่
- ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามีโปรดระบุ _____
- ข. ท่านดำเนินการในนามของนิติบุคคลหรือบุคคลธรรมดาสัญชาติอเมริกันในการทำคำขอประกันชีวิตหรือไม่
- ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ ถ้าใช่ โปรดระบุ _____

2. คำยินยอมและตกลง

- ก. ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA และยินยอม และตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกฎหมาย FATCA
- ข. ในกรณีที่บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ข้าพเจ้าตกลงที่จะไม่ได้แย้งหรือเพิกถอนความยินยอม และคำรับรองที่ระบุไว้ในส่วนที่ 3 และ4

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ) _____
(_____)
พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

ใบอนุญาตฯ เลขที่ _____
วันหมดอายุของใบอนุญาตฯ _____
รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์) _____

(ลงชื่อ) _____
(_____)
ผู้ขอเอาประกันภัย



Allianz Ayudhya Assurance Pcl. บมจ. อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันชีวิต

ชั้น 1 อาคารเฟลินิจิตทาวเวอร์ 898 ถนนเฟลินิจิต เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ศูนย์ดูแลลูกค้าอลิอันซ์ ออยุธยา โทร. 1373 เคียงข้างทุกจังหวะชีวิต ตลอด 24 ชั่วโมง

www.azay.co.th



www.facebook.com/azayfan



www.twitter.com/azayfan



www.1advice.in.th



www.instagram.com/azayfan



www.youtube.com/azayfan