

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับผู้ขอเอาประกันภัย แบบ 3

Group Life Application for Applicant (Type 3)

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

IMPORTANT NOTICE OF THE OFFICE OF INSURANCE COMMISSIONS The applicant must truthfully answer all the questions. Any concealment of the truth may cause the insurance company to refuse a claim payment under the insurance contract in accordance with Section 865 of the Civil and Commercial Code.

กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกคำถาม ถ้ามีการแก้ไข ขีดฆ่า ขูดลบ ต้องเซ็นชื่อผู้ขอเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง
Please complete all inquiries below. Any text amended, crossed out, erased shall be signed by the applicant.

ส่วนที่ 1 รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย / Part 1 Applicant Information

- 1.1 กรมธรรม์เลขที่: Policy number..... สมาชิกเลขที่: Member number.....
- 1.2 ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (องค์กร บริษัท หรือนายจ้าง): Name of Policyholder (Organization, Company or Employer).....
- 1.3 ผู้ขอเอาประกันภัย : Applicant
 - 1.3.1 ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว/ค.ช./ค.ญ.) : Name and surname of the applicant (Mr./Mrs./Miss/Master/Miss).....
 - 1.3.2 ขอเอาประกันภัยในฐานะ: Applying for the insurance as พนักงาน/สมาชิก: Employee/Member คู่สมรส: Spouse บุตร: Child บิดา/มารดา: Parents
 ในกรณีผู้ขอเอาประกันภัยสมัครเอาประกันภัยในฐานะคู่สมรสหรือบุตรของพนักงาน/สมาชิก โปรดระบุ ชื่อ-สกุลพนักงาน/สมาชิก:
 In case the applicant applies for the insurance as a spouse or child or parents of an employee/member, please specify the name and surname of employee/member

 - 1.3.3 เพศ: Gender ชาย: Male หญิง: Female วัน/เดือน/ปีเกิด: Date of Birth..... อายุ: Age ปี: Year
 ส่วนสูง: Height..... ซม. : cm. น้ำหนัก: Weight..... กก. : kg.
 สถานภาพสมรส: Marital status โสด: Single สมรส: Married หย่า: Divorced ม่าย: Widowed
 บัตรประชาชนเลขที่: ID Card number..... อื่นๆ : Others.....
- 1.4 วันเริ่มทำงานของผู้ขอเอาประกันภัย: Date employment started..... ตำแหน่ง: Position.....
หน้าที่ความรับผิดชอบ: Exact Duties.....

ส่วนที่ 2 ถ้อยแถลงสุขภาพ / Part 2 Health Declaration

1. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา
 - ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เจ็บหน้าอก โรคหลอดเลือดในสมอง อัมพาต โรคหอบหืด โรคตับ โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคไต โรคกระเพาะหรือเนื้องอก โรคลมชัก โรคต่อมไทรอยด์โต โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง(เอดส์) โรคจิตหรือโรคประสาท ความพิการทางร่างกาย หรือ ไม่ Have you ever been diagnosed or treated or noticed by the physician for Heart Disease, Hypertension, Chest Pain, Cerebrovascular Disease, Paralysis, Asthma, Liver Disease, Diabetes Mellitus, Thyroid, Nephropathy, Cancer or Tumor, Haemopathy, Lymphadenopathy, HIV(AIDS), Nervous Disorder, Physical Impairment?
 ไม่เคย/ไม่มี : Never/No เคย /มี โปรดระบุ : Ever/Yes, please specify details.....
 - ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล สถานพยาบาล คลินิกแพทย์ หรือ เคยได้รับการผ่าตัด หรือเคยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค เช่น การตรวจชิ้นเนื้อ การเอกซเรย์ การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจเลือดหรือตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ In the past 2 years, have you ever been treated in hospital , medical service center, clinic or had surgical operation or examined to diagnose disease such as Biopsy, X-ray, Ultrasound, Electrocardiogram (EKG or ECG), Blood or Urine Test, CT scan or other special instruments?
 ไม่เคย/ไม่มี : Never/No เคย /มี โปรดระบุ : Ever/Yes, please specify details.....
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธ ถูกเลื่อนการรับประกันภัย ถูกเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือถูกเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอต่ออายุของ กรมธรรม์ประกันภัย จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่ Have you ever been declined, postponed, rated up, or modified the conditions of insurance application or reinstatement of insurance by this Company or other companies? ไม่เคย/ไม่มี : Never/No เคย /มี โปรดระบุ : Ever/Yes, please specify details.....

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัว และคำถามสำหรับสัญญาเพิ่มเติมโรคร้ายแรงของผู้ขอเอาประกันภัย

Part 3 Additional inquiries the health of family members and additional inquiries for applying the Critical Illness Rider for insured

- บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระเพาะ โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคลมชัก โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคเอดส์ (HIV) โรคมัลติเพิลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่ Have you're a family person (parents, husband, wife, siblings: from either father or mother) ever had been diagnosed by a physician or ever had Heart Disease, Cerebrovascular Disease, Cancer Disease, Diabetes Mellitus, Nephropathy, Hypertension, ever had attempted suicide or had mental illness, Blood disease, Hepatitis, AIDS (HIV), Multiple sclerosis, Alzheimer disease or Parkinson disease?
 ไม่เป็น : Never/No เป็น ถ้าเป็น โปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น : Ever/Yes, please specify only the name of the disease that someone in your family has or has had.....
- ท่านสูบบุหรี่หรือไม่ Do you smoke or have you ever smoked?
 ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย : No/Never สูบ/เคยสูบบุหรี่ : Yes/Ever ปริมาณต่อวัน : Quantity/Day 1-2 มวน : rolls 21-40 มวน : rolls 41 มวนขึ้นไป : rolls up
 สูบมานาน : Duration.....ปี : year เลิกสูบบุหรี่เมื่อ : Quit on.....

ส่วนที่ 4 แจ้งผู้รับประโยชน์ (หากมิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

Part 4 Beneficiary(ies) (unless otherwise requested, multiple beneficiaries will be shared equally)

ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ / Beneficiary's Name	ความสัมพันธ์ / Relationship	อายุ / Age	ร้อยละของผลประโยชน์ / Percentage of Benefit

ส่วนที่ 5 คำถามเพิ่มเติม สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยที่ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง / Part 5 Additional Inquires for an applicant paying premium

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

Would the applicant like to exercise the right to request for income tax exemption according to the tax law?

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

Yes, I hereby exercise and consent the life insurance company to submit and disclose the premium information to the Revenue Code according to conditions and procedures as prescribed by the Revenue Department. In case that the applicant is a Non-Thai Residence having duty to pay income tax according to the tax law, please indicate the Tax ID receiving from the Revenue Department: No.

ไม่มีความประสงค์ No, I will not exercise.

ส่วนที่ 6 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

Part 6 Confirmation of the Statement or Answers under the Group Life Application for the Applicant, Declaration, Authorization, and Consent

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

I certify that all answers under this group life application including my statement to the physician examining my health are truthful and I understand that if any of my statement is untrue, the Company may refuse the underwriting and the payment according to an insurance policy.

2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้

I and/or legal guardian consent a physician, or insurance company or medical facility or any other persons having my health information, disability, sexual behavior, biological information, genetic data, race and/or also such information of juvenile in previous or future to disclose such information to the Company or its representatives to apply for insurance or underwriting or payment according to the insurance policy.

3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคคลทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

I and/or legal guardian consent the Company to keep, collect, use or disclose my health information, disability, sexual behavior, biological information, genetic data, race and/or also such information of juvenile to other insurance companies, a reinsurance brokerage company, reinsurance company, competent authority under the law, medical facility, physician, medical personnel, life insurance agent or life insurance broker to apply for insurance or underwriting or payment according to the insurance policy.

4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

I understand that if I withdraw my consent under Clause 2 or Clause 3 given to the Company, it will affect the Company's underwriting, insurance benefit payment under the insurance policy or providing any services relating to the insurance policy, and it will cause the Company not able to comply with the conditions in the insurance policy and then I will not receive coverage under the insurance policy.

5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวงของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน https://life.azay.co.th/th_TH/privacy/privacy-notice.html รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

I acknowledge that the Company will keep, collect, use, disclose and/or transfer personal information including my sensitive information for applying insurance, underwriting payment under the policy, according to the Company's privacy notice shown in https://life.azay.co.th/th_TH/privacy/privacy-notice.html

and I acknowledge that the Company will disclose my personal information to the Office of Insurance Commission (OIC) for the benefits of supervision and promotion of insurance business under the law on life insurance and the law on the Office of Insurance Commission. Details of the OIC's keeping, collection, use, and disclosure are subject to the OIC's Personal Data Protection Policy as show on the website www.oic.or.th

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

In the event I disclose personal information of any person other than my information to the Company for applying insurance, underwriting or paying under an insurance policy,

(1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)

I certify and undertake that I examined a correctness and completeness of the personal information of such person that I provide to the Company. In addition, I will notify the Company, if there is any change of that personal information provided. (if any).

(2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

I certify and undertake that I have obtained a consent or can employ other legal basis for keeping, collection, use, disclosure, and/or transfer of personal data of other persons, in accordance with the applicable law.

(3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว https://life.azay.co.th/th_TH/privacy/privacy-notice.html ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่ง สำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของ สำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

I certify and undertake that I informed other persons the Company's privacy notice. https://life.azay.co.th/th_TH/privacy/privacy-notice.html which presents the objectives of keeping, collection, use, disclosure and/or transfer of personal information to the Office of Insurance Commission (OIC) for the objectives of supervision and promotion of insurance business under the law on life insurance and the law on the Office of Insurance Commission. OIC will collect, use, disclose and/or transfer personal data of that person in accordance with the OIC's privacy notice as shown on the website: www.oic.or.th

(4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

I certify and undertake that the Company and the OIC can keep, collect, use, disclose and/or transfer personal information of such person according to the objectives stated in the privacy notice of the Company and OIC, which may be amended from time to time, including all objectives stated in this document and relating to the insurance.

ลงชื่อ: Signed.....

()

ผู้ขอเอาประกันภัย : Applicant

ลงชื่อ: Signed.....

()

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดาหรือมารดาหรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม
ของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

Consenter as father or mother or legal guardian of the applicant

(In case the applicant is a juvenile.)

ส่วนที่ 7 คำเตือน / Part 7 Important notice

ข้าพเจ้าได้อ่าน ตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อ และตกลงตามข้อความส่วนที่ 1-6 ในใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบ นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามลิงค์ https://life.azay.co.th/th_TH/privacy/privacy-notice.html หรือ QR Code ที่ปรากฏ และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย <https://www.OIC.or.th> จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

I read, examine the correctness of all answers and agree on contents according to Part 1-6 of this group life application, as well as acknowledge the privacy notice of the Company according to the link https://life.azay.co.th/th_TH/privacy/privacy-notice.html or QR Code, and the Office of Insurance Commission via <https://www.OIC.or.th>, and therefore sign it below.

ลงชื่อ ณ วันที่: Signed Date..... เดือน: Month..... พ.ศ. : Year.....

ลงชื่อ: Signed.....

()

ผู้ขอเอาประกันภัย : Applicant

ลงชื่อ: Signed.....

()

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดาหรือมารดาหรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม
ของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

Consenter as father or mother or legal guardian of the applicant (In case the applicant is a juvenile.)

ลงชื่อ: Signed.....

()

พยานผู้รับมอบอำนาจของผู้ถือกรมธรรม์ : Witness/Authorized person of Policyholder

ลงชื่อ: Signed.....

()

พยาน : Witness

อลิอันซ์ อยุธยาฯ ใส่ใจดูแลข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อลูกค้าคนสำคัญ
ศึกษากฎที่แจ้งเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

