

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม

สำหรับผู้ถือกรมธรรม์

Policyholder Application for Group Insurance

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

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

กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกคำถาม ถ้ามีการแก้ไข ชีดฆ่า ขูดลบ ต้องเซ็นชื่อผู้สมัครเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง

Please complete all inquiries below. Applicant must validate by signing on all amendments, deletions or emendations.

ชื่อผู้สมัครเอาประกันภัย Applicant's full legal name

(ซึ่งเมื่อบริษัทตกลงรับประกันภัยแล้วจะเรียกว่า "ผู้ถือกรมธรรม์") (When the Company approves an application, the applicant will be called a "Policyholder".)

สำนักงานเลขที่ Office Address.....

โทรศัพท์ Telephone..... โทรสาร Fax..... เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร I.D. Tax number.....

ที่อยู่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ E-mail address.....

ลักษณะธุรกิจ Nature of business.....

สถานที่ในการจัดส่งเอกสาร Contact address ตามที่อยู่ข้างต้น Office address อื่น ๆ โปรดระบุ Other, please specify

โทรศัพท์ Telephone..... โทรสาร Fax.....

มีความประสงค์ขอสมัครทำประกันภัยกลุ่มกับบริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

would like to apply for a group insurance with Allianz Ayudhya Assurance Pcl.,

ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "บริษัท" โดยให้เริ่มมีผลบังคับตั้งแต่วันที่..... ตามแผนการประกันภัย

ดังต่อไปนี้ hereinafter called "The Company", with effect from..... pursuant to the details of the following insurance plan:

1. มีความประสงค์จะให้บริษัทในเครือเข้าร่วมการประกันภัยกลุ่มหรือไม่ ไม่มี มี ดังรายละเอียดต่อไปนี้
Do you want to include the subsidiary company in this group insurance? No Yes, the details are as follows

ชื่อบริษัท Company name	ที่อยู่ / โทรศัพท์ Address / Telephone	ประเภทธุรกิจ Nature of business

2. สมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม หมายถึงสมาชิกผู้ซึ่งมีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่ระบุในข้อ 3 และตามที่กำหนดไว้ในข้อนี้ ดังต่อไปนี้

An eligible member means the member who has the qualification as mentioned in clause 3 and specified in this clause, as follows:

(ซึ่งเมื่อบริษัทตกลงรับประกันภัยแล้วจะเรียกว่า "ผู้เอาประกันภัย")

(When the Company approves an application, an eligible member will be called the "Insured".)

.....
.....
.....

3. สมาชิกจะมีสิทธิเข้าร่วมการประกันภัย ต่อเมื่อได้ผ่านระยะเวลาอคอย

Members will be entitled to enroll the group insurance after a waiting period of

4. จำนวนสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม และจำนวนผู้ขอเข้าร่วมรวมบริษัทในเครือที่เข้าร่วมการประกันภัยกลุ่ม (ถ้ามี)

The number of eligible members and participants including the subsidiary company (ies) in this group insurance (If any)

ประเภทของสมาชิก Types of Member	พนักงาน/สมาชิก (คน) Member (Person)	ผู้อยู่ในอุปการะของพนักงาน/สมาชิก (คน) Dependent of Member (person)
จำนวนของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมทั้งหมด No. of the eligible members		
จำนวนของผู้ที่ขอเข้าร่วมทั้งหมด No. of the participants		
เหตุผลผู้ที่ไม่ขอเข้าร่วมการประกันภัย Reasons of members who do not want to participate		

5. ประเภทและแผนการประกันภัยของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม Types and insurance plan (s) of the eligible members

5.1 แผนการประกันภัยของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม Insurance plan (s) of the eligible members

.....

.....

.....

5.2 ตารางผลประโยชน์ของแผนการประกันภัย Table of benefits of insurance plan (s)

ผลประโยชน์การประกันภัย (เป็นเงินบาท) Insurance benefits (in Baht)	แผน 1 Plan 1	แผน 2 Plan 2

การเปลี่ยนแปลงประเภทและแผนการประกันภัยในข้อ 5 บริษัทต้องได้รับเอกสารแจ้งถึงการเปลี่ยนแปลงเป็นลายลักษณ์อักษรและบริษัทได้เห็นชอบถึง
การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแล้ว

In case of any amendment on the aforementioned type and insurance plan as stated in Clause 5, the Company must receive such request in writing and agree on the amendment.

วันที่ต้องการให้มีผลบังคับของการเปลี่ยนแปลง Effective date of the amendment

ทุกวันครบรอบปีกรรมธรรม์ของแต่ละปี

the policy anniversary date of each year

ทุกวันที่ที่มีการเปลี่ยนแปลง

the date of amendment

6. งวดการชำระเบี้ยประกันภัย Mode of premium payment

7. เบี้ยประกันภัยจะชำระ โดย Premium will be paid by

ผู้สมัครเอาประกันภัย เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยทั้งหมดสำหรับ

the applicant for all premiums of

สมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยทั้งหมดสำหรับ

the eligible member for all premiums of

ผู้สมัครเอาประกันภัยและสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมร่วมกันชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับ

both the applicant and the eligible member for the premium of

โดยมีสัดส่วนดังต่อไปนี้ with the following ratio

พนักงาน/สมาชิก ผู้อยู่ในอุปการะ

Employee/Member Dependent

พนักงาน/สมาชิก ผู้อยู่ในอุปการะ

Employee/Member Dependent

พนักงาน/สมาชิก ผู้อยู่ในอุปการะ

Employee/Member Dependent

8. ผู้สมัครเอาประกันภัย มี หรือเคยมี กรรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มกับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่

Has the applicant had or ever had a group insurance policy with other insurance companies?

ไม่มี No

มี หรือเคยมี Yes

ถ้ามี หรือเคยมี โปรดระบุ If 'Yes', please provide details.

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง Insurance coverage	ชื่อบริษัท Insurance company name	รายละเอียดของแผน และจำนวนเงินเอา ประกันภัย Detail of the insurance plan and the sum assured	วันสิ้นสุดสัญญา Date of termination
การประกันชีวิตกลุ่ม Group Life			
การประกันทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรกลุ่ม Group Total Permanent Disability			
การประกันอุบัติเหตุกลุ่ม Group Accident			
การประกันสุขภาพกลุ่ม Group Health			
อื่น ๆ โปรดระบุ Others, please specify			

9. ผู้รับประโยชน์ ผู้สมัครเอาประกันภัย หรือบริษัทในเครือทุกกรณี

Beneficiary

ถึงแม้ว่าสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมจะมีการระบุผู้รับประโยชน์ที่ขัดแย้งกับผู้สมัครเอาประกันภัยระบุไว้ก็ตาม ทั้งนี้ผู้สมัครเอาประกันภัย หรือบริษัทในเครืออื่น ๆ จะดำเนินการจ่ายเงินสินไหมทดแทนให้กับผู้มีสิทธิได้รับตามกฎหมายของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมต่อไป หากมีความเสียหายเกิดขึ้นแก่บริษัทไม่ว่าเหตุใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้สมัครเอาประกันภัยหรือบริษัทในเครือจะรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นแทนบริษัทไม่ว่าในกรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

Applicant or the subsidiary company for all cases although an eligible member will specify a beneficiary which conflicts with applicant as stated in this application. Applicant or the subsidiary company will proceed the claim payment for an eligible person member of the eligible. If there is any damage arising with the Company, regardless of any reason, applicant or the subsidiary company will be responsible for any damage arising in lieu of the Company in all cases.

ตามที่สมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมมีการระบุผู้รับประโยชน์ไว้เป็นลายลักษณ์อักษรให้แก่บริษัท

As the eligible member stated the beneficiary in written to the Company

10. ระบุตำแหน่ง ฝ่ายที่สังกัด และที่อยู่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ของบุคคลผู้รับมอบอำนาจกระทำการในการลงนามเอกสารการเปลี่ยนแปลงข้อมูล

สมาชิก ความคุ้มครองกรมธรรม์ ตอบรับข้อเสนอใหม่ในการรับประกันภัยสมาชิก และแจ้งต่ออายุ คือ

Specify the position, department and E-mail address of the authorized person (s) who will sign on the document regarding the change of the member information, the insurance coverage, the acceptant of new proposal for the new insurance application and renewal

.....

11. ข้อตกลงหรือเงื่อนไขอื่น ๆ เพิ่มเติม (ถ้ามี) Any additional agreement or condition (If any)

.....

12. การขอรับบริการการออกบัตรประกันสุขภาพกลุ่ม และหรือการจ่ายเงินสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์

Requests for the issuance of group health card and/or claim payment according to the policy

12.1 การขอรับบริการการออกบัตรประกันสุขภาพกลุ่ม

ไม่ต้องการ

ต้องการ

Request for the issuance of group health card

No

Yes

ผู้ป่วยใน IPD

ผู้ป่วยนอก OPD

ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ Medical Expense from Accident

ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินจากอุบัติเหตุ Emergency Expense from Accident

อื่น ๆ Others.....

12.2 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลนอกเหนือจากการใช้บริการตามข้อ 12.1 ให้จ่ายแก่

Payments of the medical expense other than sub-clause 12.1, please pay to

ผู้สมัครเอาประกันภัย หรือบริษัทในเครืออื่น ๆ ในกรณีโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (Media Clearing) ให้โอนเงินแก่

Applicant or the subsidiary company, in case of the transfer of payment thru media clearing, please transfer to

ธนาคาร Bank สาขา Branch..... หมายเลขบัญชี Account No.....

สมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม ในกรณีโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (Media Clearing) ให้ใช้ตามข้อมูลที่ให้ไว้แก่บริษัท

Eligible member, in case of the transfer of payment thru media clearing, please use the information provided for the Company.

ผู้สมัครเอาประกันภัย ตกลงและยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขต่อบริษัทดังต่อไปนี้ Applicant agrees and complies with the following conditions:

- ก. ให้รายละเอียดที่เป็นจริงเกี่ยวกับ ชื่อ อายุ เพศ ตำแหน่ง และหรือข้อมูลอื่นใดทั้งหมดของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วม และหรือของผู้อยู่ในอุปการะของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมแผนการประกันภัยนี้ตามที่บริษัทต้องการ Shall provide all precise information regarding age, gender, position any information of the eligible member and/or his or her dependent as required by the Company.
- ข. ดูแลการกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมแต่ละรายในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับผู้ขอเอาประกันภัยให้เรียบร้อย รวมทั้งรวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมแต่ละรายด้วย และจัดส่งมอบให้กับบริษัท Shall oversee all details of each eligible member stated in the group application for the applicant and collect all details of the beneficiary of each eligible member and deliver them to the Company.
- ค. ถ้อยแถลง ข้อความ และหรือคำตอบใด ๆ ในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับผู้ถือกรมธรรม์ และใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับผู้ขอเอาประกันภัยแต่ละราย หรือถ้อยแถลงเพิ่มเติมอื่นใดเป็นลายลักษณ์อักษรที่สร้างขึ้นอันเนื่องมาจากใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ และข้อความ และคำตอบที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจสุขภาพทั้งหมดนี้เป็นส่วนหนึ่งของใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มโดยสมบูรณ์ และก่อให้เกิดพันธผูกพันกันตามกฎหมายระหว่างผู้ขอเอาประกันภัยกับสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมและบริษัท All statements, information and answers under the group application for the policyholder or the group application for each applicant, or other additional documents relating to this group application and any information or answers made to the physician, shall be part of the group application completely and create the legal obligations between the applicant, the eligible member and the Company.
- ง. ภายหลังจากวันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ ผู้ถือกรมธรรม์ต้องรีบแจ้งให้บริษัททราบเป็นลายลักษณ์อักษรโดยมิชักช้าเมื่อมีผู้เอาประกันภัยเพิ่ม หรือลด หรือเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย หรือบอกเลิกสิทธิการเป็นผู้เอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัยรายใดในระหว่างปีกรมธรรม์ ทั้งนี้การเพิ่มผู้เอาประกันภัย และการเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัยใดๆ ของผู้เอาประกันภัยขึ้นอยู่กับหลักฐานที่บริษัทสามารถรับประกันภัยได้ After this policy is enforceable, the policyholder shall inform the Company in writing without delay whenever the numbers of insured are increased or decreased, or the sum assured is changed, or the right of insured is cancelled during the policy year. The increase in the numbers of insured, or the change of sum assured of the insured depends on the evidence that the Company can insure.
- จ. กรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับต่อเมื่อบริษัท ได้รับชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรกเต็มจำนวนแล้ว และบริษัท ได้ตกลงรับประกันภัยเรียบร้อยแล้วในกรณีที่ผู้สมัครเอาประกันภัยและหรือสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมแถลงข้อความอันเป็นเท็จ หรือรู้อยู่แล้วละเว้น ไม่เปิดเผยข้อความจริงซึ่งอาจจะจูงใจให้บริษัทให้เรียกเบี้ยประกันภัยสูงขึ้น หรือให้บริษัทบอกปิดไม่เข้าทำสัญญาประกันภัยโดยเหตุดังกล่าวทำให้สัญญาประกันภัยเป็นโมฆะตามมาตรา 865 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาที่ได้ทำไปแล้วได้ The policy shall be enforced when the Company has fully received the first year premium and agreed to accept this group insurance. In case the applicant and/or the eligible member declare(s) the fault statement or know the omission of fact which would have induced the insurer to raise the premium or refuse to enter into the insurance contract. As the result of those reasons, the insurance contract is voidable under Section 865 under the Civil and Commercial Code, and the Company is able to void the contract.

ผู้สมัครเอาประกันภัยขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงและได้ทราบและเข้าใจข้อความดังกล่าวข้างต้นทุกประการ
The applicant certifies that all above statements are precise and true, and fully understand them.

ตราประทับของ
นิติบุคคล (ผู้มี)
Seal of
person (if
Applicant

ทำ ณ Signed at วันที่ Date เดือน Month พ.ศ. Year

ลงนาม ผู้สมัครเอาประกันภัย ผู้สมัครเอาประกันภัย
Signed (.....) Applicant
ผู้รับมอบอำนาจกระทำการ / Authorized Person

ลงนามต่อหน้า พยาน/ตัวแทน พยาน
Signed (.....) Witness/Agent) Witness

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทกรอกข้อมูล For AZAY Only

ตัวแทน / นายหน้า ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มเลขที่
Agent / Broker Master application number
เลขที่ใบอนุญาต รหัสตัวแทน / นายหน้าเลขที่ กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่
License number Agent number / Broker number Policy number
ชื่อหน่วย Unit name หน่วย Unit

ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ (Officer signature)