



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมส่งเสริมการเกษตร กองการเจ้าหน้าที่ โทร ๐ ๒๙๔๐ ๖๐๓๙

ที่ กษ ๑๐๐๒/ว ๔๒๖

วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง ประชาสัมพันธ์โครงการกองทุนเกษียณอายุราชการ

เรียน ผู้อำนวยการกองทุกกอง ผู้อำนวยการสำนักทุกสำนัก ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาการเกษตรที่ ๑ - ๖
เกษตรจังหวัดทุกจังหวัด เกษตรกรกรุงเทพมหานคร และผู้อำนวยการศูนย์ทุกศูนย์

ตามที่กรมส่งเสริมการเกษตร ได้ร่วมกับบริษัท เอ.ไอ.เอ ประกันชีวิต จำกัด จัดทำโครงการ
กองทุนเกษียณอายุราชการ ๖๐ ปี โดยเริ่มตั้งแต่ปี ๒๕๓๘ ซึ่งในปัจจุบันมีสมาชิกเข้าร่วมโครงการ
จำนวน ๒๓๑ คน เป็นข้าราชการ จำนวน ๑๙๖ คน และลูกจ้างประจำ จำนวน ๓๕ คน นั้น

กรมส่งเสริมการเกษตร ได้รับแจ้งจากบริษัท เอ.ไอ.เอ จำกัดว่าจะรับสมัครสมาชิกโครงการ
กองทุนเกษียณอายุ ซึ่งจะถึงเป็นวันครบรอบปีกรรมธรรม์ ในวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ โดยจะเปิดรับสมัคร
สมาชิกใหม่ (กรรมธรรม์เดิม) จะใช้แผน ๑ ชำระเบี้ยประกัน ๔๐๐ บาทต่อเดือน โดยผู้สมัครรอบนี้
ต้องอายุไม่เกิน ๕๔ ปี ณ วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ส่งใบสมัครตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๒๐
เมษายน ๒๕๖๕ สำหรับเจ้าหน้าที่ส่วนภูมิภาค ให้ส่งใบสมัครได้ที่

คุณศิรินุช สะวิคามิน ผู้จัดการภาคอาวุโส

บริษัท เอ.ไอ.เอ.จำกัด

หน่วยเมืองเกษตร ๑๗๒๒ เลขที่ ๑๓๘ อาคารจุเวลเลอร์ เซ็นเตอร์

ชั้น ๒๑ ห้อง ๑๒๓๓-๑๒๓๔ ถนนนเรศ แขวงสี่พระยา เขตบางรัก

กรุงเทพมหานคร ๑๐๕๐๐

โทร. ๐๘ ๑๓๒๙ ๑๘๐๗ หรือ ๐ ๒๒๖๖ ๖๗๐๙ ต่อ ๑๒๓๓-๑๒๓๔

สำหรับเจ้าหน้าที่ส่วนกลาง ส่งใบสมัครได้ที่กลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กองการเจ้าหน้าที่ ภายในวันที่ ๑๙
เมษายน ๒๕๖๕ เพื่อจะได้รวบรวมส่งให้บริษัทฯ ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ Qr Code ด้านล่าง

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และประชาสัมพันธ์ให้กับเจ้าหน้าที่ในสังกัดทราบต่อไป

(นายदनัย ชินอารมย์)

ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมส่งเสริมการเกษตร





ประกันภัยกลุ่มแบบสะสมทรัพย์ครบเกษียณอายุ (GSE)

สำหรับ หน่วยงานข้าราชการ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ ฯลฯ

วงเงินคุ้มครอง (บาท)

แผน 1

1. เสียชีวิตจากอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น

1.1 เสียชีวิตขณะอยู่ในลิฟท์	1,000,000
1.2 เสียชีวิตจากไฟไหม้ในโรงแรมหรืออาคารสาธารณะ	1,000,000
1.3 เสียชีวิตจากการโดยสารในยานสาธารณะทางบก	1,000,000
1.4 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์ชนกัน	500,000
1.5 ถูกฆาตกรรมลอบทำร้าย	500,000
1.6 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ โดยขับขี่หรือโดยสารรถยนต์จักรยานยนต์	500,000
1.7 เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุทั่วไป	500,000
1.8 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุขณะมีเมาสุรา (ไม่ต้องตรวจระดับแอลกอฮอล์)	500,000

หมายเหตุ: วงเงินคุ้มครองข้างต้นยังมีไว้รวมทุนประกันสะสมในแต่ละแผนประกันจากตารางผลประโยชน์ความคุ้มครองมีกรณีกรมในตารางที่ 3

2. ขาดเขตสุขภาพพลานานเนื่องจากอุบัติเหตุ

500,000

3. สูญเสียอวัยวะสำคัญ เช่น มือ เท้า หรือ ตา 2 อย่างรวมกัน (อุบัติเหตุ)

500,000

3.1 สูญเสียมือ หรือ เท้า ข้างหนึ่ง และตาอีกข้างหนึ่ง

500,000

3.2 สูญเสีย มือ เท้า หรือ ตา ข้างใดข้างหนึ่ง

300,000

4. ผลประโยชน์ขาดเขยรายได้กรณีเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวันละ

2,000

สูงสุด 100 วัน รวมผลประโยชน์สูงสุดต่อการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

200,000

(กรณีเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต้องเป็นไปโดยคำแนะนำของแพทย์เพื่อให้การรักษายาบาลที่จำเป็นและสมควรตามมาตรฐานทางการแพทย์ทั่วไป เอกสารที่ใช้ในการเรียกร้องเงินชดเชยประกอบด้วยแบบฟอร์มการเคลมประกัน ใบถ่ายสำเนาใบเสร็จรับเงิน ใบถ่ายสำเนาสรุปค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ในกรณีใช้ใบรับรองแพทย์แทนกรณำให้แพทย์ระบุชื่อโรคใบเคลมประกัน กรณำให้แพทย์ระบุชื่อโรค สาเหตุ วิธีการรักษาและหรือผ่าตัด ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล ในส่วนของขาดเขยรายได้เป็นการเบิกได้ต่างหาก ไม่เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลที่ท่านเบิกได้จากต้นสังกัด)

5. การเสียชีวิตในกรณีอื่น ๆ เช่น

5.1 เสียชีวิตเนื่องจากโรคภัยไข้เจ็บ

วงเงินประกันขึ้นอยู่กับแผนประกันและระยะเวลาสะสม (ตามตารางที่ 3)

5.2 เสียชีวิตเนื่องจากภัยสงคราม จลาจล

วงเงินประกันขึ้นอยู่กับแผนประกันและระยะเวลาสะสม (ตามตารางที่ 3)

5.3 เสียชีวิตจากการคลอดบุตร หรือตั้งครมภ์

วงเงินประกันขึ้นอยู่กับแผนประกันและระยะเวลาสะสม (ตามตารางที่ 3)

6. กองทุนเมื่อเกษียณอายุ

สมาชิก เพศหญิง อายุ 25 ปี สะสมแผน 100 จะได้รับคืนโดยเฉลี่ย 69,595 บาท

สมาชิก เพศชาย อายุ 25 ปี สะสมแผน 100 จะได้รับคืนโดยเฉลี่ย 65,728 บาท

ผลประโยชน์ข้อ 1, 2, 3 และ 4 เป็นสัญญาประกันภัยเพิ่มเติมแบบปีต่อปีแนบไว้กับกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มแบบสะสมทรัพย์ครบอายุ 60 ปี โดยผลประโยชน์นี้

สมาชิกเดิม	แผน 1	สมาชิกใหม่ (กรมธรรม์เดิม)	แผน 1
อัตราเบี้ยประกันภัยสะสมทรัพย์ต่อท่านเดือนละ	เหมือนเดิม	อัตราเบี้ยประกันภัยสะสมทรัพย์ต่อท่านเดือนละ	100
อัตราเบี้ยประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมต่อท่านเดือนละ	300	อัตราเบี้ยประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมต่อท่านเดือนละ	300
		รวมอัตราเบี้ยประกันภัยต่อท่านเดือนละ	400

สำหรับสมาชิกเดิม ปรับผลประโยชน์อนุสัญญาเพิ่มเติมตามผลประโยชน์ความคุ้มครอง ข้างต้น (ข้อ 1 - 5)

สำหรับสมาชิกใหม่ ที่สมัครเพิ่มในกรมธรรม์เดิม สามารถเลือกซื้อความคุ้มครองตามผลประโยชน์ ข้อ 1 - 6 โดยจำนวนเงินสะสมทรัพย์ที่สามารถทำประกันได้สูงสุดเท่ากับ 100 บาท ต่อเดือนเท่านั้น

ข้อกำหนดการทำประกัน

- สมาชิกที่ปรับเพิ่มผลประโยชน์ของอนุสัญญาเพิ่มเติม

- เป็นสมาชิกที่มีความคุ้มครองอยู่ภายใต้กรมธรรม์สะสมทรัพย์เกษียณอายุครบ 60 ปี

- สมาชิกและคู่สมรสที่มีสิทธิจะสามารถปรับเพิ่มผลประโยชน์อนุสัญญาเพิ่มเติมได้ ณ วันครบรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยท่านนั้น และจะต้องปรับเปลี่ยนตามสมาชิกหลัก

- สมาชิกใหม่ของกรมธรรม์สะสมทรัพย์เกษียณอายุครบ 60 ปี ที่มีผลบังคับอยู่ในปัจจุบัน

- เป็นข้าราชการ พนักงาน และลูกจ้างประจำที่มีอายุ 16-54 ปี ซึ่งปฏิบัติงานเต็มเวลาในวันที่เริ่มมีผลบังคับคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มแบบสะสมทรัพย์ครบเกษียณอายุ 60 ปีและจะคุ้มครองถึงอายุสูงสุด 60 ปี

- คู่สมรสที่ชอด้วยกฎหมายของสมาชิกผู้เอาประกันภัยที่มีอายุ 16 - 54 ปี และผลประโยชน์การประกันจะให้ความคุ้มครองจนกระทั่งอายุ 60 ปี หรือผู้เอาประกันภัยที่เป็นสมาชิกหลักสิ้นสุดความคุ้มครองตามกรมธรรม์แล้วแต่เวลาใดจะเกิดขึ้นก่อน

- คู่สมรสที่มีสิทธิเอาประกันจะต้องสมัครเอาประกันภายใต้แผนเดียวกับสมาชิกผู้เอาประกันภัย

- สมาชิกและคู่สมรสที่มีสิทธิเอาประกันจะสามารถสมัครเอาประกันภัยได้ ณ วันครบรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยท่านนั้น

- อัตราการสมัครเข้าร่วมของสมาชิก ต้องไม่ต่ำกว่า 10 คนขึ้นไป

*** รายละเอียดและข้อความที่นำเสนอเป็นเอกสารชี้ชวนในการเสนอขายเท่านั้น รายละเอียดและเงื่อนไขของผลประโยชน์ทั้งหมดเป็นไปตามกรมธรรม์หลัก ที่บริษัทออกให้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ ***



ประกันภัยกลุ่มแบบสะสมทรัพย์ครบเกษียณอายุ (GSE)

สำหรับ หน่วยงานข้าราชการ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ ฯลฯ

วงเงินคุ้มครอง (บาท)

แผน 1

1. เสียชีวิตจากอุบัติเหตุต่าง ๆ เช่น

1.1 เสียชีวิตขณะอยู่ในลิฟท์	1,000,000
1.2 เสียชีวิตจากไฟไหม้ในโรงแรมหรืออาคารสาธารณะ	1,000,000
1.3 เสียชีวิตจากการโดยสารในยานสาธารณะทางบก	1,000,000
1.4 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์ชนกัน	500,000
1.5 ถูกฆาตกรรมลอบทำร้าย	500,000
1.6 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ โดยขับขี่หรือโดยสารรถยนต์จักรยานยนต์	500,000
1.7 เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุทั่วไป	500,000
1.8 เสียชีวิตจากอุบัติเหตุขณะมีเมาสุรา (ไม่ต้องตรวจระดับแอลกอฮอล์)	500,000

หมายเหตุ: วงเงินคุ้มครองข้างต้นยังมีคุ้มครองประกันสะสมในแต่ละแผนประกันจากตารางผลประโยชน์ความคุ้มครองมีรายการที่ 3

2. ขาดสุขภาพพลานานเนื่องจากอุบัติเหตุ

500,000

3. สูญเสียอวัยวะสำคัญ เช่น มือ เท้า หรือ ตา 2 อย่างรวมกัน (อุบัติเหตุ)

500,000

3.1 สูญเสียมือ หรือ เท้า ข้างหนึ่ง และตาอีกข้างหนึ่ง

500,000

3.2 สูญเสีย มือ เท้า หรือ ตา ข้างใดข้างหนึ่ง

300,000

4. ผลประโยชน์ชดเชยรายได้กรณีเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวันละ

2,000

สูงสุด 100 วัน รวมผลประโยชน์สูงสุดต่อการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง

200,000

(กรณีเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลต้องเป็นไปโดยคำแนะนำของแพทย์เพื่อการรักษาพยาบาลที่จำเป็นและสมควรตามมาตรฐานทางการแพทย์ทั่วไป เอกสารที่ใช้ในการเรียกร้องเงินชดเชยประกอบด้วยแบบฟอร์มการเคลมประกัน ใบถ่ายสำเนาใบเสร็จรับเงิน ใบถ่ายสำเนาสรุปค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ในกรณีใช้ใบรับรองแพทย์แทนกรุณาให้แพทย์ระบุชื่อโรคใบเคลมประกัน กรุณาให้แพทย์ระบุชื่อโรค สาเหตุ วิธีการรักษาและหรือผ่าตัด ระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล ในส่วนของชดเชยรายได้นั้นเป็นการเบิกได้ต่างหาก ไม่เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลที่ท่านเบิกได้จากต้นสังกัด)

5. การเสียชีวิตในกรณีอื่น ๆ เช่น

5.1 เสียชีวิตเนื่องจากโรคภัยไข้เจ็บ

วงเงินประกันขึ้นอยู่กับแผนประกันและระยะเวลาสะสม (ตามตารางที่ 3)

5.2 เสียชีวิตเนื่องจากภัยสงคราม จลาจล

วงเงินประกันขึ้นอยู่กับแผนประกันและระยะเวลาสะสม (ตามตารางที่ 3)

5.3 เสียชีวิตจากการคลอดบุตร หรือตั้งครรภ์

วงเงินประกันขึ้นอยู่กับแผนประกันและระยะเวลาสะสม (ตามตารางที่ 3)

6. กองทุนเมื่อเกษียณอายุ

สมาชิก เพศหญิง อายุ 25 ปี สะสมแผน 100 จะได้รับคืนโดยเฉลี่ย 69,595 บาท

สมาชิก เพศชาย อายุ 25 ปี สะสมแผน 100 จะได้รับคืนโดยเฉลี่ย 65,728 บาท

ผลประโยชน์ข้อ 1, 2, 3 และ 4 เป็นสัญญาประกันภัยเพิ่มเติมแบบปีต่อปีแนบไว้กับกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มแบบสะสมทรัพย์ครบอายุ 60 ปี โดยผลประโยชน์นี้

สมาชิกเดิม	แผน 1	สมาชิกใหม่ (กรมธรรม์เดิม)	แผน 1
อัตราเบี้ยประกันภัยสะสมทรัพย์ต่อท่านเดือนละ	เหมือนเดิม	อัตราเบี้ยประกันภัยสะสมทรัพย์ต่อท่านเดือนละ	100
อัตราเบี้ยประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมต่อท่านเดือนละ	300	อัตราเบี้ยประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมต่อท่านเดือนละ	300
		รวมอัตราเบี้ยประกันภัยต่อท่านเดือนละ	400

สำหรับสมาชิกเดิม ปรับผลประโยชน์อนุสัญญาเพิ่มเติมตามผลประโยชน์ความคุ้มครอง ข้างต้น (ข้อ 1 - 5)

สำหรับสมาชิกใหม่ ที่สมัครเพิ่มในกรมธรรม์เดิม สามารถเลือกซื้อความคุ้มครองตามผลประโยชน์ ข้อ 1 - 6 โดยจำนวนเงินสะสมทรัพย์ที่สามารถทำประกันได้สูงสุดเท่ากับ 100 บาท ต่อเดือนเท่านั้น

ข้อกำหนดการทำประกัน

- สมาชิกที่ปรับเพิ่มผลประโยชน์ของอนุสัญญาเพิ่มเติม

- เป็นสมาชิกที่มีความคุ้มครองอยู่ภายใต้กรมธรรม์สะสมทรัพย์เกษียณอายุครบ 60 ปี

- สมาชิกและคู่สมรสที่มีสิทธิจะสามารถปรับเพิ่มผลประโยชน์อนุสัญญาเพิ่มเติมได้ ณ วันครบรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยเท่านั้น และจะต้องปรับเปลี่ยนตามสมาชิกหลัก

- สมาชิกใหม่ของกรมธรรม์สะสมทรัพย์เกษียณอายุครบ 60 ปี ที่มีผลบังคับอยู่ในปัจจุบัน

- เป็นข้าราชการ พนักงาน และลูกจ้างประจำที่มีอายุ 16-54 ปี ซึ่งปฏิบัติงานเต็มเวลาในวันที่เริ่มมีผลบังคับคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มแบบสะสมทรัพย์ครบเกษียณอายุ 60 ปี และจะคุ้มครองถึงอายุสูงสุด 60 ปี

- คู่สมรสที่ชดเชยด้วยกฎหมายของสมาชิกอุปการะกันที่มีอายุ 16 - 54 ปี และผลประโยชน์การประกันจะให้ความคุ้มครองจนกระทั่งอายุ 60 ปี หรืออยู่อุปการะกันที่เป็นสมาชิกหลักสิ้นสุดความคุ้มครองตามกรมธรรม์แล้วแต่เวลาใดจะเกิดขึ้นก่อน

- คู่สมรสที่มีสิทธิอุปการะกันจะต้องสมัครเอาประกันภายใต้แผนเดียวกับสมาชิกอุปการะกัน

- สมาชิกและคู่สมรสที่มีสิทธิอุปการะกันจะสามารถสมัครเอาประกันภัยได้ ณ วันครบรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยเท่านั้น

- อัตราการสมัครเข้าร่วมของสมาชิก ต้องไม่ต่ำกว่า 10 คนขึ้นไป

*** รายละเอียดและข้อความที่นำเสนอนี้เป็นเอกสารชี้ชวนในการเสนอขายเท่านั้น รายละเอียดและเงื่อนไขของผลประโยชน์ทั้งหมดเป็นไปตามกรมธรรม์หลัก ที่บริษัทออกให้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ ***



โปรดเขียนกรอกและเซ็นชื่อด้วยปากกาดำเดียวกัน
กรณีที่มีการแก้ไขข้อความโปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย

บริษัท เอไอเอ จำกัด

181 อาคารเอไอทาวเวอร์ ถนนสุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม (ฉบับย่อ) สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัย

เลือกแผน

- | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | 100 | <input type="checkbox"/> | 600 |
| <input type="checkbox"/> | 200 | <input type="checkbox"/> | 700 |
| <input type="checkbox"/> | 300 | <input type="checkbox"/> | 800 |
| <input type="checkbox"/> | 400 | <input type="checkbox"/> | 900 |
| <input type="checkbox"/> | 500 | <input type="checkbox"/> | 1,000 |
| <input type="checkbox"/> | | | |

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร / กรม / บริษัท).....กรมธรรม์เลขที่

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....เพศ.....อายุ.....ปี

วัน / เดือน / ปีเกิด บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ

อาชีพสังกัด (หน่วยงาน / บริษัท).....

ฝ่าย / แผนก.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผู้รับประกัน.....ความสัมพันธ์.....

ผู้รับประกัน.....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 และกลุ่มสมรสของข้าพเจ้าไม่เคยเป็นหรือตรวจพบว่าเป็นโรคเอดส์ หรือการติดเชื้อ HIV และทราบว่าถ้าป่วยเป็น หรือกำลังเป็น โรคดังกล่าวข้างต้น บริษัทฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายังคงปฏิบัติงาน โดยปกติตามหน้าที่เต็มเวลา และในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมาไม่เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลาดูติดต่อกันนานมากกว่า 10 วัน

นอกจากนี้ ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตใดๆของข้าพเจ้า ไม่เคยถูกปฏิเสธ หรือเพิ่มเงื่อนไขในการพิจารณารับประกัน หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่แพทย์ บุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำกรักษาข้าพเจ้า โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นใดที่มีบันทึกทางการแพทย์ หรือ ทราบเรื่องเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย หรือ การได้รับบาดเจ็บของข้าพเจ้า มอบประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท เอไอเอ จำกัด อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงิน ได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงิน ได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้า หักเงินเดือนเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยกลุ่ม (ลายเซ็นชื่อสมาชิกผู้สมัคร) (วันที่)
---	---

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตจงตอบคำถามตามความจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865



A700

บริษัท เอไอเอ จำกัด

181 อาคารเอไอทาวเวอร์ ถนนสุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม (ฉบับย่อ) สำหรับคู่สมรส

โปรดเขียนกรอกและเซ็นชื่อด้วยปากกาดำเดียวกัน
กรณีที่มีการแก้ไขข้อมูลโปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย

สมาชิกหลัก ชื่อ - สกุล ใบรับรองเลขที่

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร / กรม / บริษัท) กรมธรรม์เลขที่

ข้อมูลของคู่สมรส

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล เพศ อายุ ปี

วัน / เดือน / ปีเกิด -- บัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ -

วันที่สมรส อาชีพ

สังกัด (หน่วยงาน, บริษัท) ฝ่าย / ตำแหน่ง

ผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์

ผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์

ที่อยู่ปัจจุบัน หมายเลขโทรศัพท์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น กำลังเป็น หรือ เคยได้รับการรักษาทางยาและคำแนะนำจากแพทย์ หรือเป็นผู้ซึ่งไร้ความสามารถ และไม่เคยมีอาการใดๆที่เกี่ยวข้องกับโรคดังต่อไปนี้คือ โรคเบาหวาน, โรคมะเร็ง หรือ เนื้องอกของอวัยวะใดๆ, โรคหัวใจ, โรคความดันโลหิต, ภาวะเส้นเลือดอุดตันในสมอง หรือ กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง, โรคปอด, อาการหืด หอบ, โรคตับอักเสบ หรือ โรคใดๆที่เกี่ยวข้องกับตับ, โรคไต, โรคเอดส์ หรือการติดเชื้อ HIV หรือมีความผิดปกติอื่นใดอย่างร้ายแรง และคู่สมรสของข้าพเจ้าไม่เคยเป็นหรือตรวจพบว่าเป็นโรคเอดส์หรือการติดเชื้อ HIV และทราบว่าถ้าป่วยเป็น หรือกำลังเป็น โรคดังกล่าวข้างต้น บริษัทฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า

ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ข้าพเจ้าไม่เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลาติดต่อกันนานมากกว่า 10 วัน

นอกจากนี้ ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตใดๆของข้าพเจ้า ไม่เคยถูกปฏิเสธ หรือเพิ่มเงื่อนไขในการพิจารณารับประกัน หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่แพทย์ บุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นใดที่มีบันทึกทางการแพทย์ หรือ ทราบเรื่องเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย หรือ การได้รับบาดเจ็บของข้าพเจ้า มอบประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท เอไอเอ จำกัด อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

.....
(ลายเซ็นชื่อผู้สมัคร)

(วันที่)

.....
(ลายเซ็นชื่อสมาชิกหลัก)

(วันที่)

ข้าพเจ้าในนามสมาชิกหลักขอยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัด
ของข้าพเจ้า หักเงินเดือนเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยกลุ่ม

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตจะตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865