

ใบคำขอเอาประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ กลุ่ม / Application for group insured

ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย(ชื่อหน่วยงาน / บริษัท) policyholder nameกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่/PolicyNo.....

ข้าพเจ้า/Name นาย/Mr นางสาว/Miss อื่นๆ/Other.....ผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant

วันเดือนปีเกิด / Date of Birth(d/m/y).....อายุ/Age... ..ปี/year ส่วนสูง / Height.....ซ.ม./cm น้ำหนักรวม / Weightก.ก./kg

สถานภาพ/Status โสด/Single สมรส/Married หม้าย/Widow หย่า/Divorce

เลขที่บัตรประชาชน /ID Card no. หนังสือเดินทางเลขที่ / Passport no.....

อาชีพ/Occupation.....ตำแหน่ง/Position.....ฝ่าย / Department.....

เป็นสมาชิก/พนักงานราชการ/ข้าราชการ/ลูกจ้าง ของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย/Be Employee วันที่เริ่มงาน / Date of Employment.....

เป็นคู่สมรส/Be Spouse บุตร / Be child ของ(ชื่อ/ Be Employee)สมาชิก/พนักงานราชการ/ข้าราชการ/ลูกจ้าง/ ของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

ชื่อผู้รับประโยชน์ /Beneficiary

ความสัมพันธ์ / Relationship

ที่อยู่ /Address

1. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคมะเร็ง หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรง เคย ไม่เคย
หรือไม่มี (Have you ever been treated for told You have heart disease, high blood pressure, liver disease, cancer or any other serious diseases?) Yes No
2. ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับ
คำแนะนำให้ทำการรักษาใดๆที่มีได้กล่าวข้างต้นหรือไม่ (Have you suffered from a sustained illness or had serious injury, consultation, or been treated in a Hospital or
clinic, or been advised about any treatment during the past 2 years?) เคย ไม่เคย
Yes No
3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดเช่นว่านั้นหรือไม่ (Have you ever had, or been advised to have, any surgical operation?) เคย ไม่เคย
Yes No
4. ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเพิ่มเงื่อนไขในการพิจารณารับประกันภัย หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย สำหรับกรมธรรม์ประกันภัย ประกันชีวิต หรือสุขภาพ
หรือโรคภัยร้ายแรงหรือไม่ (Have you ever had an insurance application for reinstatement declined, postponed, rated up or modified of its conditions?) เคย ไม่เคย
Yes No
5. มีบุคคลในครอบครัวของท่านเคยเป็นวัณโรค เบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคทางจิตใจ หรือคู่สมรส ของท่านเคย เป็นโรคเอดส์ หรือตรวจพบว่ามีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์
หรือไม่ (Has any member of your immediate family ever had tuberculosis, diabetes, heart disease, or mental disease, or has your spouse suffered from AIDS or had
a positive HIV blood test?) เคย ไม่เคย
Yes No

หมายเหตุ : ถ้าคำตอบข้อ 1- 5 เคยหรือใช่ โปรดระบุคำถามข้อนั้นๆและให้รายละเอียดว่าเป็นโรคอะไร รักษาตัวที่ไหน เมื่อใด ปัจจุบันหายดีหรือยัง หรือตรวจเช็คร่างกาย / ท่านอายุอยู่หรือไม่ และใน
กรณีที่ไม่ประสบอุบัติเหตุ กรุณาชี้แจงรายละเอียด (เช่น มีการตามเหล็กหรือไม่) ถ้ามี เอาเหล็กออกหรือยัง)

Remark : if any of the answers to question 1 through 5 is "Yes" or injury as a result of accident, please provide full details below, by nothing the question number.

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงหรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่แพทย์ / บุคคลอื่นใดซึ่ง ได้กระทำการรักษา
ข้าพเจ้า โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นใดที่มีบันทึกทางการแพทย์หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย หรือการ ได้รับบาดเจ็บของข้าพเจ้ามอบประวัติการ
รักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

All the above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief. Furthermore, I hereby authorize any physician, hospital, clinic, or other
organization that has any records or knowledge of me or my health to furnish LMG Insurance Public Company Limited with information concerning my medical history and
physical condition. A photocopy of this authorization shall be effective and valid as the original.

นอกจากที่กล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่า เป็นหรือเคยรักษาเกี่ยวกับโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แต่อย่างใด และ ข้าพเจ้าทราบดีว่าถ้าข้าพเจ้าป่วย
เป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ บริษัทฯ จะไม่รับประกันภัยข้าพเจ้า

In addition to the above statement, I hereby Warrant that I am not aware lo, or have never been treated of AIDS or test positive to AIDS virus and I fully understand
that if I contact AIDS virus or have a positive blood test, the company may decline my application for insurance

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงหรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ตามแบบฟอร์มนี้ สมาชิกของผู้เอาประกันภัยได้ตอบคำถามโดยถูกต้องและตามที่

ข้าพเจ้าเชื่อ(ประทับตราชื่อหน่วยงาน/บริษัทของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย)The statements made on this form are

answered correctly to the best of my Knowledge and belief.(Employer's Company Stamp)

(ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย / พยาน (Policyholder/Witness).....

โดย/By.....(ลายเซ็น/Signature)

ตำแหน่ง/Position.....

.....ผู้ขอเอาประกันภัย

(.....) Applicant

.....สมาชิกผู้เอาประกันภัย(สมาชิกหลัก)

(.....) Signature of Insured Member

.....วันที่ลงนาม / Date)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) / Note from The Office of Insurance Commission (OIC)

ผู้ขอเอาประกันภัย กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดหรือแถลงข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทน
ตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

Important Note Pursuant To : civil & Commercial Codes, Section No.865, you are required to disclose in this application form fully and faithful, all the facts which you know, otherwise
the policy issued here under may be void.