

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก)

ชื่อตัวแทน / นายหน้า กรมธรรม์เลขที่ กรณีไม่ต้องแสดงสุขภาพ ให้กรอกเฉพาะ: ส่วนที่ 1
 สมาชิกเลขที่ ชื่อกลุ่ม กรณีต้องแสดงสุขภาพ ให้กรอก ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
 ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ม. 865

ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล
 เพศ ชาย หญิง | เชื้อชาติ | สัญชาติ
 ชื่อ-สกุล (เดิม)
 ชื่อ-สกุล ภรรยา/สามี
 สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
 วดปีเกิด / / อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา ปี
 เลขประจำตัวประชาชน
เอกสารที่ใช้แสดง
 บัตรประชาชน วันบัตรหมดอายุ
 หนังสือเดินทาง เลขที่
 วันหมดอายุ

ที่อยู่

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 ที่อยู่ปัจจุบัน
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 ชื่อ/ที่อยู่สถานที่ทำงาน

 จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 สถานที่ติดต่อ
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน | ที่อยู่ปัจจุบัน | สถานที่ทำงาน
 หมายเลขโทรศัพท์
 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน
 อีเมล

อาชีพ

อาชีพ / ตำแหน่ง / หน้าที่
 ประเภทธุรกิจ รายได้รวมต่อปี

กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

กรณารับ ประเภทเงินกู้
 วงเงินกู้ บาท

แบบประกันภัย

แบบประกันภัย ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี | จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท
 จำนวนเบี้ยประกันภัย บาท | วงการชำระเบี้ยประกันภัยราย เดือน 3 เดือน 6 เดือน ปี

ผู้รับประโยชน์ (*กรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคน และไม่ระบุร้อยละของผลประโยชน์ จะจ่ายผลประโยชน์ให้คนละเท่าๆกัน)

ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์
 เลขประจำตัวประชาชน หรือ
 หนังสือเดินทาง เลขที่ | อายุ ปี
 ที่อยู่
 ความสัมพันธ์ ส่วนแบ่ง %

กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรมธรรม์ (สถาบันการเงิน / สหกรณ์) เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำประกัน: เงินผลประโยชน์ที่เหลือจะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ข้างต้น

ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์
 เลขประจำตัวประชาชน หรือ
 หนังสือเดินทาง เลขที่ | อายุ ปี
 ที่อยู่
 ความสัมพันธ์ ส่วนแบ่ง %

คำถามผู้ขอเอาประกันภัย

ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด ไม่เคย เคย

ชื่อบริษัท สาเหตุ เมื่อวันที่
 ชื่อบริษัท สาเหตุ เมื่อวันที่

ส่วนที่ 1

ข้อมูลสุขภาพ

- ส่วนสูง [] ซม. | น้ำหนัก [] กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักของท่าน คงเดิม เพิ่มขึ้น [] กก. ลดลง [] กก.
- ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ
- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรค และการรักษาตามรายละเอียดในตารางด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ไม่เคย เคย

<input checked="" type="checkbox"/> โรคเมะเร็ง	<input checked="" type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input checked="" type="checkbox"/> โรคประสาท	<input checked="" type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input checked="" type="checkbox"/> โรคไต
<input checked="" type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ	<input checked="" type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	<input checked="" type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input checked="" type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input checked="" type="checkbox"/> โรคชัก
<input checked="" type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input checked="" type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input checked="" type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input checked="" type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input checked="" type="checkbox"/> โรคจิต
<input checked="" type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input checked="" type="checkbox"/> โรคเลือด	<input checked="" type="checkbox"/> โรควันโรค	<input checked="" type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input checked="" type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ
<input checked="" type="checkbox"/> พิกัดทางร่างกาย	<input checked="" type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	<input checked="" type="checkbox"/> โรคอื่นที่ระบุหรืออื่นที่แพทย์	<input checked="" type="checkbox"/> โรคอื่นที่ระบุหรืออื่นที่แพทย์	<input checked="" type="checkbox"/> โรคอื่นที่ระบุหรืออื่นที่แพทย์

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (โปรดระบุที่ได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ไม่เคย เคย

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ เจ็บป่วย ได้รับการผ่าตัด ปรีक्षाแพทย์ ได้รับการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือได้รับการรักษาในสถานพยาบาล ที่มีโต๊ะอุบัติเหตุหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ไม่เคย เคย

อาการ	วัน / เดือน / ปี ที่ได้รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

! การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้

ข้าพเจ้าประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์** และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ []
- ไม่มีความประสงค์**

✓ ข้อความยืนยันต่อยอดเคลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์นี้ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

! ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่ [] วันที่ [] เดือน [] พ.ศ. []

ลงชื่อ [] พยาน [] ลงชื่อ [] ผู้ขอเอาประกันภัย []

ลงชื่อ [] ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ: บิดา / มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย