

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก)

ชื่อตัวแทน / นายหน้า กรมธรรม์เลขที่ กรณีไม่ต้องแนบสุขภาพ ให้กรอกเฉพาะ ส่วนที่ 1
สมาชิกเลขที่ ชื่อกลุ่ม กรณีต้องแนบสุขภาพ 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
ولد เกิด 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

กรณาระบุ ประเภทเงินกู้
วงเงินกู้ บาท

แบบประกันภัย

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

ผู้รับประโยชน์

(*กรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคน และไม่ระบุร้อยละของผลประโยชน์ จะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่คนละเท่าๆ กัน)

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

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

กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรมธรรม์ (สถาบันการเงิน / สหกรณ์) เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำชำระ เงินผลประโยชน์ที่เหลือจะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ข้างต้น

คำถามผู้ขอเอาประกันภัย

ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพื่อยัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด ไม่เคย เคย

ชื่อบริษัท สาเหตุ เมื่อวันที่
ชื่อบริษัท สาเหตุ เมื่อวันที่

ส่วนที่ 1

ข้อมูลสุขภาพ

- ส่วนสูง ซม. | น้ำหนัก กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่าน คงเดิม เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก.
- ท่านเสแหรหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ไม่เสแหร/ไม่เคย เสแหร/ไม่เสแหร
- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรค และการรักษาตามรายละเอียดในตารางด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ไม่เคย เคย
 - โรคมะเร็ง
 - โรคนิวโมเนีย
 - โรคหัวใจ
 - โรคความดันโลหิตสูง
 - พิการทางร่างกาย
 - โรคเบาหวาน
 - โรคไทรอยด์
 - โรคหลอดเลือด
 - โรคเลือด
 - โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
 - โรคประสาท
 - โรคหลอดเลือดในสมอง
 - โรคปอด หรือปอดอักเสบ
 - โรควัณโรค
 - โรคหอบหืด
 - โรคตับ หรือทางเดินน้ำดี
 - โรคพิษสุราเรื้อรัง
 - โรคแผลในทางเดินอาหาร
 - โรคอัมพาต
 - โรคไต
 - โรคชัก
 - โรคจิต
 - โรคข้ออักเสบ
 - โรคเอสแอลอี

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

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

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ เจ็บป่วย ได้รับการผ่าตัด ปรึกษาแพทย์ ได้รับการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือได้รับการรักษาในสถานพยาบาล ที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ไม่เคย เคย

อาการ	วัน / เดือน / ปี ที่ได้รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้

ข้าพเจ้าประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์** และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีความประสงค์**

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย
() ()

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ บิดา / มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
()