



บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 ชั้น 28 อาคารสิบล้อ ถนนพหลโยธิน 3 เลขที่ 130-132 ถนนวิภาวดี แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10330
 โทร. 0 2632 6222 www.fwd.co.th เลขทะเบียนบริษัท 0107555000546
 ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 0 2632 6000

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม นายจ้าง/ลูกจ้าง สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

กรณีไม่แสดงสุขภาพ กรุณากรอกส่วนที่ 1
 กรณีแสดงสุขภาพ กรุณากรอกส่วนที่ 1, 2

กรมธรรม์เลขที่
 สมาชิกเลขที่

กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกคำถาม ถ้ามีการแก้ไข ชิดฆ่า ขูดลบ ต้องเซ็นชื่อผู้ขอเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง

ส่วนที่ 1 รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย

1.1 ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (องค์กร, บริษัท หรือ นายจ้าง)
 ชื่อบริษัทในเครือ (ในกรณีที่บริษัทเป็นพนักงานบริษัทในเครือของผู้ถือกรมธรรม์)

1.2 ผู้ขอเอาประกันภัย

1.2.1 ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว/ต.ช./ต.ญ./อื่นๆ) โปรดระบุ.....

1.2.2 ขอเอาประกันภัยในฐานะ พนักงาน/สมาชิก คู่สมรส บุตร อื่นๆ

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยสมัครเอาประกันภัยในฐานะคู่สมรส, บุตรหรือ อื่นๆ ของพนักงาน/สมาชิก โปรดระบุ ชื่อ-สกุลของพนักงาน/สมาชิก

1.2.3 เพศ ชาย หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด อายุปี

สัญชาติ ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

สถานภาพการสมรส โสด สมรส หย่า หม้าย

บัตรประชาชนเลขที่ อื่นๆ

1.2.4 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

1.3 บริษัทที่ทำงานปัจจุบัน

ชื่อบริษัท.....

วันเริ่มทำงาน..... ตำแหน่ง

หน้าที่ความรับผิดชอบ

1.4 กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยออกเงินสมทบ

ข้าพเจ้ายินยอม ให้นำหน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้า หักเงินเดือน /รายได้ อื่นๆ โปรดระบุ..... (สำหรับชำระเบี้ยประกันภัยกลุ่ม)

1.5 ผู้รับประโยชน์ ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน ในกรณีที่มิได้ระบุผู้รับประโยชน์หรือผู้รับประโยชน์ทั้งหมดได้เสียชีวิตแล้ว บริษัทจะจ่ายให้แก่ทายาทโดยธรรมของผู้เอาประกันภัย

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
(1)				
(2)				
(3)				
(4)				

1.6 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย ไม่เคย เคย
 หรือการขอลบคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด
 ชื่อบริษัท..... สาเหตุ..... เมื่อ.....
 ชื่อบริษัท..... สาเหตุ..... เมื่อ.....
 *หากเนื้อที่ระบุคำตอบมีไม่เพียงพอ โปรดระบุรายละเอียดในบันทึกเพิ่มเติมข้อมูลใบคำขอเอาประกันภัย

ส่วนที่ 2 ถ้อยแถลงสุขภาพ

คำถามสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

2.1 บิดา มารดา พี่ น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ หรือไม่
 ไม่เป็น เป็น ถ้า เป็น โปรดระบุรายละเอียด
 1. บุคคลที่เป็น.....โรค.....อายุที่เริ่มเป็น.....ปี
 2. บุคคลที่เป็น.....โรค.....อายุที่เริ่มเป็น.....ปี

2.2 ภรรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ไวรัสตับอักเสบหรือไม่ ไม่เป็น เป็น
 หากเป็น กรุณาทำเครื่องหมาย โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง ไวรัสตับอักเสบ

คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

2.3 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี
 หาก เคย/มี กรุณาทำเครื่องหมาย และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาพิการ	<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ม้ามโต	<input type="checkbox"/> เนื้ออก ก้อนหรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรคต่อหิน	<input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคคามโรค (ภายใน 2 ปี)
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> พิกการทางร่างกาย
<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิต
<input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/> โรคประสาท
<input type="checkbox"/> โรคชัก	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> คาวาน์ซินโดรม
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคซีมีคร่า
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	
<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> ดีซ่าน	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต	
โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

2.4 ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี
 หาก เคย/มี หรือกำลังมี กรุณาทำเครื่องหมาย และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ	<input type="checkbox"/> ใจสั่น	<input type="checkbox"/> อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา
<input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง	<input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย
<input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> น้ำหนักลด
<input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก	<input type="checkbox"/> ท้องมาน	<input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า	<input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง
<input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> เฉพาะสตรี
<input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด	<input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง	<input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์.....เดือน
<input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ	<input type="checkbox"/> จำเลือด	<input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร
<input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก	<input type="checkbox"/> คล้ำพบก้อนเนื้อ	<input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน

2.5 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ
 ก) การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อหรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคเช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด
 *หากเนื้อที่ระบุคำตอบมีไม่เพียงพอโปรดระบุรายละเอียดในบันทึกเพิ่มเติมข้อมูลใบคำขอเอาประกันภัย

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

ข) การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่ได้รับใบไว้ข้างต้น
 ไม่เคย เคย ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด
 *หากเนื้อที่ระบุคำตอบมีไม่เพียงพอโปรดระบุรายละเอียดในบันทึกเพิ่มเติมข้อมูลใบคำขอเอาประกันภัย

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

2.6 สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงาน ที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ลงนาม ณ วันที่ เดือน พ.ศ.....

ลงนาม ลงนาม
 (.....) (.....)
 ผู้ขอเอาประกันภัย ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดาหรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม
 ของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ลงนาม ลงนาม
 (.....) (.....)
 พยาน พยาน ผู้รับมอบอำนาจของผู้ถือกรมธรรม์

สำหรับเจ้าหน้าที่ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 วันเริ่มมีผลบังคับ แผนประกันภัย ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่
 ความเห็น