

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก)

ชื่อตัวแทน / นายหน้า
สมาชิกละดับ
กรมธรรม์เลขที่
ชื่อกลุ่ม

กรณีไม่ต้องแสดงสุขภาพ ให้กรอกเฉพาะ ส่วนที่ 1 / กรณีต้องแสดงสุขภาพ ให้กรอก ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ม. 865

ส่วนที่ 1 ข้อ 1 ถึง ข้อ 7



1. ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ - นามสกุล
เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ สัญชาติ
ชื่อ-นามสกุล (เดิม)
ชื่อภรรยา /สามี
สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
วันเดือนปีเกิด อายุ ณ วันที่ทำมา
เลขบัตรประชาชน
เอกสารที่ใช้แสดง
บัตรประชาชน วันบัตรหมดอายุ
หนังสือเดินทาง เลขที่
วันหมดอายุ



2. ที่อยู่

ตามทะเบียนบ้าน
จังหวัด รหัสไปรษณีย์
ที่อยู่ปัจจุบัน
จังหวัด รหัสไปรษณีย์
ชื่อ/ที่อยู่สถานที่ทำงาน
จังหวัด รหัสไปรษณีย์
สถานที่ติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน
โทรศัพท์ : บ้าน มือถือ
ที่ทำงาน
อีเมล



3. อาชีพ/ตำแหน่ง/หน้าที่

อาชีพ/ตำแหน่ง/หน้าที่
ประเภทธุรกิจ
รายได้รวมต่อปี บาท



4. กรณีเป็นการทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้ กรุณาระบุ

ประเภทเงินกู้ วงเงินกู้ บาท ระยะเวลากู้ ปี



5. แบบประกันภัย

แบบประกันภัย ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี
จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท
จำนวนเบี้ยประกันภัย บาท
งวดการชำระเบี้ยประกันภัย รายเดือน ราย 3 เดือน ราย 6 เดือน รายปี



6. ผู้รับประโยชน์

(กรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคน และไม่ระบุร้อยละของผลประโยชน์ จะจ่ายผลประโยชน์ให้คนละเท่าๆกัน)
ชื่อ - นามสกุล ผู้รับประโยชน์
อายุ
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง
ความสัมพันธ์
ที่อยู่
*ร้อยละของผลประโยชน์
ชื่อ - นามสกุล ผู้รับประโยชน์
อายุ
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง
ความสัมพันธ์
ที่อยู่
*ร้อยละของผลประโยชน์



7. คำถามผู้ขอเอาประกันภัย

ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยเปลี่ยนแปลงเงื่อนไข
สำหรับการขอเอาประกันภัย ไม่เคย เคย
หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้
หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด
ชื่อ บริษัท
สาเหตุ เมื่อ
ชื่อ บริษัท
สาเหตุ เมื่อ

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก)

ส่วนที่ 2 ข้อ 8 ถึง ข้อ 11

8. ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักของท่าน คงเดิม เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก.
9. ท่านเคยเสพยาเสพติดหรือสารเสพติดใดๆหรือยาเกินขนาดหรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดหรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่ ไม่เคย เคย
10. ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง หรือเนื้องอกของอวัยวะอื่นๆ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ โรคหลอดเลือด โรคเลือด โรคระบบประสาทและสมอง โรคปอด วัณโรค โรคหอบหืด โรคตับ โรคไต โรคระบบทางเดินอาหาร โรคลมชัก โรคจิต โรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ไม่เคย เคย
- ความบกพร่องพิการทางร่างกาย โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ หากเคย ให้ระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง

| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์) | การรักษา และอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|-----|---|------------------------------|---|
| | | | |
| | | | |

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

| ตรวจอะไร | เมื่อใด | สถานที่ตรวจ | ผลการตรวจ | ข้อสังเกตโดยแพทย์ |
|----------|---------|-------------|-----------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |

12. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ เจ็บป่วย ได้รับการผ่าตัด รักษาแพทย์ ได้รับการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือได้รับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีประวัติอุบัติเหตุหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ไม่เคย เคย

| อาการ | วัน / เดือน / ปี ที่ได้รับการรักษา | สถานพยาบาล | ผลการรักษา |
|-------|------------------------------------|------------|------------|
| | | | |
| | | | |

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
 - ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมารีหรือจะขึ้นไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือตัวแทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
 - ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
 - ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
- หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
 - ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ) พยาน
 (.....)

(ลงชื่อ) พยาน
 (.....)

(ลงชื่อ) ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
 (.....)

- ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้อเอาประกันภัย
 บิดา/มารดา