



## ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม นายจ้าง/ลูกจ้าง สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย แบบไม่แถลงสุขภาพ

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

กรมธรรม์เลขที่ .....  
สมาชิกเลขที่ .....

กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกคำถาม ถ้ามีการแก้ไข ชิดฆ่า ขูดลบ ต้องเซ็นชื่อผู้ขอเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง

### รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย

1.1	ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (องค์กร, บริษัท หรือ นายจ้าง) .....																									
1.2	ผู้ขอเอาประกันภัย																									
1.2.1	ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว/ต.ช./ต.ญ./อื่นๆ) โปรดระบุ.....																									
1.2.2	ขอเอาประกันภัยในฐานะ <input type="checkbox"/> พนักงาน/สมาชิก <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....																									
	ในกรณีผู้ขอเอาประกันภัยสมัครเอาประกันภัยในฐานะคู่สมรส,บุตรหรือ อื่นๆ ของพนักงาน/สมาชิก โปรดระบุ ชื่อ-สกุลของพนักงาน/สมาชิก .....																									
1.2.3	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี																									
	สัญชาติ ..... ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กก.																									
	สถานภาพการสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หม้าย																									
	<input type="checkbox"/> บัตรประชาชนเลขที่ ..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....																									
1.2.4	ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....																									
	ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....																									
	รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....																									
1.3	วันเริ่มทำงานกับผู้ถือกรมธรรม์ ..... ตำแหน่ง .....																									
	หน้าที่ความรับผิดชอบ .....																									
1.4	กรณีสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยออกเงินสมทบ																									
	ข้าพเจ้ายินยอม ให้นำหน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้า หักเงินเดือน /รายได้ อื่นๆ โปรดระบุ..... (สำหรับชำระเบี้ยประกันภัยกลุ่ม)																									
1.5	ผู้รับประกันภัย ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประกันภัยให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน																									
	<table><thead><tr><th>ชื่อและนามสกุลผู้รับประกันภัย</th><th>อายุ</th><th>ความสัมพันธ์</th><th>ที่อยู่</th><th>ร้อยละของผลประโยชน์</th></tr></thead><tbody><tr><td>(1)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>(2)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>(3)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>(4)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	ชื่อและนามสกุลผู้รับประกันภัย	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์	(1)					(2)					(3)					(4)				
ชื่อและนามสกุลผู้รับประกันภัย	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์																						
(1)																										
(2)																										
(3)																										
(4)																										

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย  
การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสอบสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. 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
ความเห็น	.....	ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่
.....	.....	.....