

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบชั่วระยะเวลา แบบที่ 1 (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
 วดปี เกิด / / อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา ปี
 เลขประจำตัวประชาชน

เอกสารที่ใช้แสดง

บัตรประชาชน วันบัตรหมดอายุ
 หนังสือเดินทาง เลขที่ วันหมดอายุ

ที่อยู่

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 ที่อยู่สถานที่ติดต่อ
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 ชื่อ/ที่อยู่สถานที่ทำงาน
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 หมายเลขโทรศัพท์
 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน
 อีเมล

อาชีพ

อาชีพ / ตำแหน่ง / หน้าที่
 ประเภทธุรกิจ
 รายได้รวมต่อปี

แบบประกันภัย

แผนความคุ้มครอง ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี
 จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท | จำนวนเบี้ยประกันภัย บาท
 งวดการชำระเบี้ยประกันภัยราย เดือน 3 เดือน 6 เดือน ปี

ผู้รับผลประโยชน์ (หากมีผู้รับประโยชน์หลายคน และไม่ระบุส่วนแบ่ง จะจ่ายผลประโยชน์ให้คนละเท่าๆกัน)

ชื่อ-สกุล <input type="text"/>	ชื่อ-สกุล <input type="text"/>
เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> หรือ	เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> หรือ
หนังสือเดินทาง เลขที่ <input type="text"/> อายุ <input type="text"/> ปี	หนังสือเดินทาง เลขที่ <input type="text"/> อายุ <input type="text"/> ปี
ที่อยู่ <input type="text"/>	ที่อยู่ <input type="text"/>
ความสัมพันธ์ <input type="text"/> ส่วนแบ่ง <input type="text"/> %	ความสัมพันธ์ <input type="text"/> ส่วนแบ่ง <input type="text"/> %

คำถามผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัยหรือไม่ ไม่เคย เคย

2. ส่วนสูง ซม. | น้ำหนัก กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักของท่าน คงเดิม เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก.

3. ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็น โรคมะเร็ง หรือเนื้องอกของอวัยวะอื่นๆ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ โรคหลอดเลือด โรคเลือด โรคระบบประสาทและสมอง โรคปอด วัณโรค โรคหอบหืด โรคตับ โรคไต โรคระบบทางเดินอาหาร โรคลมชัก โรคจิตโรคของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ความบกพร่องพิการทางร่างกาย โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ ไม่เคย เคย

4. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บ เจ็บป่วย การรักษา เคยปรึกษาหรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ หรือได้รับการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือพิเศษ หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือไม่ ไม่เคย เคย

5. ท่านเคยเสพยาเสพติดหรือสารเสพติดใดๆหรือยาเกินขนาดหรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดหรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่ ไม่เคย เคย

กรณีข้อ 1, 3, 4 และ 5 ตอบ ว่า **"เคย"** กรุณาให้รายละเอียด

ส่วนที่ 1

ส่วนที่ 2

✓ ข้อความยืนยันด้วยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต

การให้ด้วยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงด้วยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสอบสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
 2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือตัวแทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
 3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ไซ้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
 4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ไซ้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย
1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา พลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้
 2. ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่		วันที่		เดือน		พ.ศ.	
ลงชื่อ		พยาน		ลงชื่อ		ผู้ขอเอาประกันภัย	
	()				()		
ลงชื่อ		ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ:		<input checked="" type="checkbox"/>	บิดา / มารดา		
	()			<input checked="" type="checkbox"/>	ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย		