

## ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก)

ชื่อตัวแทน / นายหน้า  กรมธรรม์เลขที่  กรณีไม่ต้องแสดงสุขภาพ ให้กรอกเฉพาะ ส่วนที่ 1  
สมาชิกเลขที่  ชื่อกลุ่ม  กรณีไม่ต้องแสดงสุขภาพ 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  
วzp เกิด  อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมzp 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

ธนาคาร/นุ ประเภทเงินกู้   
วงเงินกู้  บาท

## แบบประกันภัย

แบบประกันภัย  ระยะเวลาเอาประกันภัย  ปี | จำนวนเงินเอาประกันภัย  บาท  
จำนวนเบี้ยประกันภัย  บาท | งดการชำระเบี้ยประกันภัยราย ☒ เดือน ☒ 3 เดือน ☒ 6 เดือน ☒ ปี

## ผู้รับประโยชน์ (\*กรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคน และไม่ระบุร้อยละของผลประโยชน์ จะจ่ายผลประโยชน์ให้คนละเท่าๆกัน)

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 หรือการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนผู้สืบทอดเงิน หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด ☒ ไม่เคย ☒ เคย

ชื่อบริษัท  สาเหตุ  เมื่อวันที่   
ชื่อบริษัท  สาเหตุ  เมื่อวันที่

## ข้อมูลสุขภาพ

- ส่วนสูง  ซม. | น้ำหนัก  กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักของท่าน ☒ คงเดิม ☒ เพิ่มขึ้น ☐ ลดลง ☐ กก.
- ท่านเคยเสพยาเสพติดหรือสารเสพติดใดๆ หรือยาเป็นเมทาหรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดหรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่ ☒ ไม่เคย ☒ เคย
- ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการวินิจฉัยและ/หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง หรือเนื้องอกของอวัยวะอื่นๆ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ โรคหลอดเลือด โรคเลือด โรคประสาท โรคหลอดเลือดในสมอง โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรควัณโรค โรคหอบหืด โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคชัก โรคจิต โรคข้ออักเสบ พิการทางร่างกาย โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ หากเคย ให้ระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ☒ ไม่เคย ☒ เคย

| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่รักษา<br>(โปรดระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์) | การรักษาและอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่รักษา<br>(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 ที่มิได้ระบุไว้ข้างต้น หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ☒ ไม่เคย ☒ เคย

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

## ✓ ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

## ! ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่  วันที่  เดือน  พ.ศ.

ลงชื่อ  พยาน  ลงชื่อ  ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ  ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ: ☒ บิดา / มารดา ☒ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย