

## ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก)

ชื่อตัวแทน / นายหน้า  กรมธรรม์เลขที่  กรณีไม่ได้ส่งภาพถ่ายภาพ ใ้กรอกเฉพาะ ส่วนที่ 1  
สมาชิกเลขที่  ชื่อกลุ่ม  กรณีต้องส่งภาพถ่ายภาพ ใ้กรอก ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2

### คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ น. 865

#### ก) ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล   
เพศ  นาย  หญิง  เชื้อชาติ  สัญชาติ   
ชื่อ-สกุล เดิม   
ชื่อ-สกุล ภรรยา/สามี   
สถานภาพ  โสด  สมรส  คู่สมรส  หย่า   
ว.ป. เกิด  อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา  ปี  
เลขประจำตัวประชาชน   
เอกสารที่ใช้แสดง   
บัตรประชาชน  วันบัตรหมดอายุ   
หนังสือเดินทาง  เลขที่   
วันหมดอายุ

#### ข) ที่อยู่

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน   
จังหวัด  รหัสไปรษณีย์   
ที่อยู่ปัจจุบัน   
จังหวัด  รหัสไปรษณีย์   
ชื่อ/ที่อยู่สถานที่ทำงาน   
จังหวัด  รหัสไปรษณีย์   
สถานที่ติดต่อ   
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน |  ที่อยู่ปัจจุบัน |  สถานที่ทำงาน  
หมายเลขโทรศัพท์   
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ   
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน   
อีเมล

#### ค) อาชีพ

อาชีพ / ตำแหน่ง / หน้าที่   
ประเภทธุรกิจ  รายได้รวมต่อปี

#### ง) กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

กรุณาระบุ ประเภทเงินกู้   
วงเงินกู้  บาท

#### จ) แบบประกันภัย

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

#### ฉ) ผู้รับประโยชน์ (\*กรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคน และไประบุร้อยละของผลประโยชน์ จะจ่ายผลประโยชน์ให้คนละเท่าๆ กัน)

ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์	เลขประจำตัวประชาชน	หรือ	ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์	เลขประจำตัวประชาชน	หรือ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	หรือ	<input type="text"/>	<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"/> %	

#### กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรมธรรม์ (สถาบันการเงิน / สหกรณ์) เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้างชำระ เช่น ผลประโยชน์ที่เหลือจะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ข้างต้น

#### ช) คำถามจากผู้ขอเอาประกันภัย

ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด  ไม่เคย  เคย

ชื่อบริษัท  สาเหตุ  เมื่อวันที่   
ชื่อบริษัท  สาเหตุ  เมื่อวันที่

**ข้อมูลสุขภาพ**

- ส่วนสูง  ซม. | น้ำหนัก  กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักของท่าน คงเดิม เพิ่มขึ้น  กก. ลดลง  กก.
- ท่านเสพยาสูบเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่  ไม่เสพ/ไม่เคย  เสพ/ไม่เสพ
- ท่านเคย ได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง

และให้ระบุโรค และการรักษาตามรายละเอียดในตารางด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  ไม่เคย  เคย

โรคเบาหวาน	โรคเบาหวาน	โรคประสาท	โรคหอบหืด	โรคไต
เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ	โรคไทรอยด์	โรคหลอดเลือดในสมอง	โรคตับ หรือทางเดินน้ำดี	โรคยัก
โรคหัวใจ	โรคหลอดเลือด	โรคปอด หรือปอดอักเสบ	โรคพิษสุราเรื้อรัง	โรคจิต
โรคความดันโลหิตสูง	โรคเลือด	โรคหัวใจ	โรคแผลในทางเดินอาหาร	โรคข้ออักเสบ
พิการทางร่างกาย	โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง		โรคอินฟลูเอนซ่า หรืออินฟลู	โรคเอสแอลอี

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (โปรดระบุเป็นแพทย์ทั่วไป/ศสจ/ศ)

- 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 ปรีक्षाแพทย์ ได้รับการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือได้รับการรักษาในสถานพยาบาล ที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง  ไม่เคย  เคย

อาการ	วัน / เดือน / ปี ที่ได้รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

**การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้**

ข้าพเจ้าประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

**มีความประสงค์** และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่ง และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่

**ไม่มีความประสงค์**

**ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต**

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้น และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้น และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

**ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย**

เขียนที่	วันที่	เดือน	พ.ศ.
ลงชื่อ ( <u>ว่าที่ ร.ต.หญิงสมคิด บางโม</u> )	พยาน	ลงชื่อ	ผู้ขอเอาประกันภัย
ลงชื่อ	ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ	บิดา / มารดา	
		ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย	