

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองสินเชื่อ กลุ่ม

1. รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย:

ชื่อ สอ.ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการ จำกัด โทรศัพท์มือถือ 088-2781285 E-mail
 ที่อยู่ 8/8 ถ.เทศบาล7 ต.ระแหง อ.เมือง จ.ตาก รหัสไปรษณีย์ 63000
☐ หนังสือจดทะเบียนบริษัทเลขที่ 6300000325593 ลักษณะธุรกิจ สหกรณ์ออมทรัพย์

2. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้)

ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว
☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่
 สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ น่าย ☐ หย่า
 วัน/เดือน/ปีเกิด น้ำหนัก/ส่วนสูง / เชื้อชาติ / สัญชาติ /
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ต.ระแหง/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
 อาชีพ ตำแหน่ง
 สถานที่ทำงาน : ที่อยู่ โทรศัพท์

3. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์ :

ลำดับที่ 1 : สอ.ข้าราชการกระทรวงศึกษาธิการ จำกัด
 ลำดับที่ 2 : ชื่อสถาบันการเงิน (ตามการผูกพัน)

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :

ลำดับที่ 1 : ผู้ให้กู้
 ลำดับที่ 2 :

4. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เงินกู้ในสัญญาเงินกู้) : บาท ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ : ปี

5. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 24.00 น.

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัยชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุ สัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

☐ ใช่ โปรดระบุ ☒ ไม่ใช่

7. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุ ของโรค หรือการบาดเจ็บร้ายแรงหรือไม่

☐ ใช่ โปรดระบุ ☒ ไม่ใช่

8. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรค เอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเกี่ยวกับสมอง โรคกระเพาะ โรคปอด โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร หรือ โรคอื่นใด หรือมีโรคประจำตัวหรือไม่

☐ ใช่ โปรดระบุ ☒ ไม่ใช่

9. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่

☐ ใช่ โปรดระบุ ☒ ไม่ใช่

10. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมีนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือ ยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ ☒ ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือ องค์กรอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพ ร่างกาย ของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัทเอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริม การประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันภัยฯ ส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่ กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษี

อากรโพรคนเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....	
☐ ไม่มีความประสงค์	
ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด	
☐ รับเป็น e-policy ทางอีเมล ที่ระบุไว้	
☐ รับเป็นเอกสาร โดยส่งทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้	
บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท	
ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้	
วัน/เดือน/ปีที่ขอเอาประกันภัย.....	ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย ()
☐ การประกันภัยโดยตรง	☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัย ☐ โบรkers เลขที่.....
คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (กปค.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อเท็จจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกไล่สัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865	