

# ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก)

ชื่อตัวแทน / นายหน้า  กรมธรรม์เลขที่  กรณี ไม่ต้อง แลกส่งสุขภาพ ให้กรอกเฉพาะ ส่วนที่ 1  
สมาชิกเลขที่  ชื่อกลุ่ม  กรณี ต้อง แลกส่งสุขภาพ 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  หย่า  หย่า

วตป เกิด  อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา  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**

กรุณาระบุ ประเภทเงินกู้

วงเงินกู้  บาท

**แบบประกันภัย**

แบบประกันภัย **ประกันชีวิตกลุ่ม** ระยะเวลาเอาประกันภัย  ปี | จำนวนเงินเอาประกันภัย  บาท

จำนวนเบี้ยประกันภัย  บาท | จุดการชำระเบี้ยประกันภัยราย  เดือน  3 เดือน  6 เดือน  ปี

**ผู้รับประโยชน์** (\*กรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคน และไม่ระบุร้อยละของผลประโยชน์ จะจ่ายผลประโยชน์ให้คนละเท่าๆ กัน)

ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ <b>1. สหกรณ์ออมทรัพย์ รพช. จำกัด</b>	ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ <b>2. ผู้รับผลประโยชน์ของสหกรณ์</b>
เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> หรือ <input type="text"/>	เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> หรือ <input type="text"/>
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) เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำชำระ เงินผลประโยชน์ที่เหลือจะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์ที่ระบุไว้ข้างต้น

**คำถามผู้ขอเอาประกันภัย**

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 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่าน  คงเดิม  เพิ่มขึ้น  ลดลง  กก.
- ท่านเสหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่  ไม่เส/ไม่เคย  เส/ไม่เส
- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรค และการรักษาตามรายละเอียดในตารางด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  ไม่เคย  เคย
 

<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> โรคประสาท	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคไต
<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคตับ หรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคชัก
<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคจิต
<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ
<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง		<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

- ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสอบสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง  ไม่เคย  เคย

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

- ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ เจ็บป่วย ได้รับการผ่าตัด ปรึกษาแพทย์ ได้รับการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือได้รับการรักษาในสถานพยาบาล ที่มีโต๊ะฟู้อ้างต้น หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง  ไม่เคย  เคย

อาการ	วัน / เดือน / ปี ที่ได้รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

ส่วนที่ 2

### การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้

ข้าพเจ้าประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

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

### ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

### ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่  วันที่  เดือน  พ.ศ.

ลงชื่อ  พยาน  ลงชื่อ  ผู้ขอเอาประกันภัย

(  ) (  )

ลงชื่อ  ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ  บิดา / มารดา  คู่สมรส

(  )  ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย