

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสหกรณ์

ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

เลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจเป็นเหตุให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

1. ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ)
 วันเดือนปีเกิด เดือน พ.ศ. อายุ ปี บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่
 ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. ตำแหน่งหน้าที่
 มีความเกี่ยวข้องกับ สหกรณ์ออมทรัพย์ รพช. จำกัด โดยเป็น
 สมาชิกของ สหกรณ์ออมทรัพย์ รพช. จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก
 บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร ของสมาชิก ชื่อ นามสกุล
 เลขทะเบียนสมาชิก
 2. สมาชิกของ สหกรณ์ออมทรัพย์ รพช. จำกัด มิได้กู้เงินกับ
 ได้กู้เงินไว้กับ เลขที่คำขอกู้ จำนวนเงินกู้ บาท
 3. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน / อาคาร ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

4. แบบประกันภัยที่ต้องการ

แผนประกันภัย	ความคุ้มครอง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณี	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ผู้รับผลประโยชน์ สหกรณ์ออมทรัพย์ รพช. จำกัด ความสัมพันธ์

6. ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการต่ออายุกรมธรรม์ชีวิตใดๆ ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณาหรือเพิ่มเบี้ยประกันภัยหรือมีข้อจำกัดหรือแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
7. ท่านเคยเป็นวัณโรค โรคมาลาเรีย โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือ โรคเกี่ยวกับสมองหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
8. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุราหรือสิ่งเมาหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
9. ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยปรึกษาแพทย์ เข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือสถาบันใดที่คล้ายคลึงกันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย

หากตอบคำถามใน ข้อ 6 - 9 เป็นคำตอบรับว่า "เคย" โปรดกรอกแบบสอบถามแถลงสุขภาพด้านล่างเพิ่มเติม

1. ท่านได้รับการตรวจร่างกายที่ เมื่อ
 2. ท่านมีอาการหรือสาเหตุอย่างไรก่อนไปรับการตรวจ

 3. แพทย์แจ้งผลการตรวจเป็นอย่างไร? มีสิ่งผิดปกติหรือไม่?

 4. ท่านได้รับการรักษาหรือไม่ หรือได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าใช่โปรดให้รายละเอียด

 5. ท่านอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลากี่วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วแพทย์นัดให้ไปพบอีกหรือไม่ หรือมีอาการผิดปกติต้องไปพบแพทย์อีกหรือไม่ อย่างไร
 เมื่อใด

6. ปัจจุบันท่านยังคงได้รับการรักษาหรือไม่ ถ้ายังได้รับการรักษา ไปพบแพทย์ทุก เดือน หรือ โดยวิธี
 ถ้าหยุดแล้ว ตั้งแต่เมื่อใด
 อาการปัจจุบันเป็นอย่างไร
7. กรณีเป็นเบาหวาน กรุณาระบุระดับน้ำตาลครั้งแรกที่ตรวจรักษา
 และระดับน้ำตาลปัจจุบัน
 กรณีเป็นความดันโลหิตสูง กรุณาระบุค่าความดันปัจจุบัน / mmHg
 กรณีท่านดื่มสุรา ท่านดื่มบ่อยแค่ไหน จำนวนแก้วที่ดื่มต่อวัน

การให้ถ้อยคำ การให้ความยินยอม และการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบว่า ถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัทฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้าแจ้งมอบข้อมูลหรือประวัติการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบบังยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกทางการแพทย์ใดๆ ของข้าพเจ้า ต่อบริษัทฯ กรุงเทพฯ-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ และสำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือมีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับและข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือ จ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้ากับบริษัทอื่นได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ซึ่งรวมทั้งบริษัทใดๆ ในเครือบริษัทฯ ไม่ว่าจะอยู่ในหรือนอกประเทศไทยก็ตาม ใช้ เปิดเผย หรือโอน ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดที่เกี่ยวกับข้าพเจ้า (ไม่ว่าข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่นจะเป็นผู้ให้ข้อมูลนั้น) ให้แก่บุคคลใดๆ ทั้งในและ/หรือนอกประเทศไทยเพื่อวัตถุประสงค์ใดๆ ที่เกี่ยวกับหรือเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ คำสั่งศาล คำร้องขอใดๆ หรือคำสั่งของหน่วยงานกำกับดูแลใดๆ และ/หรือเพื่อการดำเนินการ การพัฒนาการประกอบการของบริษัทฯ

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

นายหน้า/ตัวแทนได้ตรวจสอบต้นฉบับของเอกสารแสดงตนของผู้ขอเอาประกันภัย และเห็นว่าตรงกันกับสำเนารูปถ่ายเอกสารที่ส่งมอบให้แก่บริษัท

ลงชื่อ
 ()
 ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ
 ()
 พยาน

ลงชื่อ
 ()
 พยาน

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ลงชื่อเป็นพยานด้วย)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. เลขทะเบียนสมาชิก ลังกัต
 ยินยอมให้สหกรณ์หักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตกลุ่มของผู้ขอเอาประกันภัยซึ่งเกี่ยวข้องเป็น ของข้าพเจ้า

- เอกสารแนบ**
1. สำเนาบัตรประชาชน
 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
 3. กรณีคู่สมรสแบบบัตรประชาชนคู่สมรส ทะเบียนบ้าน

ลงชื่อ
 ()
 ผู้ให้คำยินยอม