

# ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก)

ชื่อตัวแทน / นายหน้า  กรมธรรม์เลขที่  กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ ให้กรอกเฉพาะ ส่วนที่ 1  
 สมาชิกเลขที่  ชื่อกลุ่ม  กรณีต้องแถลงสุขภาพ 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 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 | งดการชำระเบี้ยประกันภัยราย  เดือน  3 เดือน  6 เดือน  ปี

**ผู้รับประโยชน์** (\*กรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคน และไม่ระบุร้อยละของผลประโยชน์ จะจ่ายผลประโยชน์ให้คนละเท่าๆกัน)

ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ **1. สหกรณ์ออมทรัพย์ รพช.จำกัด** | ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ **2. ผู้รับผลประโยชน์ของสหกรณ์**

เลขประจำตัวประชาชน  หรือ  | เลขประจำตัวประชาชน  หรือ

หนังสือเดินทาง เลขที่  | อายุ  ปี | หนังสือเดินทาง เลขที่  | อายุ  ปี

ที่อยู่  | ที่อยู่

ความสัมพันธ์  ส่วนแบ่ง  % | ความสัมพันธ์  ส่วนแบ่ง  %

**กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้**  
 ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรมธรรม์ (สถาบันการเงิน / สหกรณ์) เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำประกัน เงินผลประโยชน์ที่เหลือจะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ข้างต้น

**คำถามผู้ขอเอาประกันภัย**

ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพ้นอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด  ไม่เคย  เคย

ชื่อบริษัท  สาเหตุ  เมื่อวันที่

ชื่อบริษัท  สาเหตุ  เมื่อวันที่

ส่วนที่ 1

ส่วนที่ 2

### ข้อมูลสุขภาพ

- ส่วนสูง [ ] ซม. | น้ำหนัก [ ] กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักของท่าน  คงเดิม  เพิ่มขึ้น [ ] กก.  ลดลง [ ] กก.
- ท่านเสหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่  ไม่เส/ไม่เคย  เส/เคยเส
- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และให้ระบุโรค และการรักษาตามรายละเอียดในตารางด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  ไม่เคย  เคย
 

<input type="checkbox"/> โรคเมะเร็ง	<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"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคชัก
<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<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"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง		<input type="checkbox"/> โรคอันพุกษหรืออันพาด	<input type="checkbox"/> โรคออสแอลอี

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา <small>(โปรดระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)</small>	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา <small>(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)</small>

- 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 ที่มีโต๊ะบู๊ข้างต้น หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง  ไม่เคย  เคย

อาการ	วัน / เดือน / ปี ที่ได้รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

### การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้

ข้าพเจ้าประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขออาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่ [ ]
- ไม่มีความประสงค์

### ข้อความยืนยันต่อรายละเอียดหรือคำตอบในใบคำขออาประกันชีวิต

การให้ข้อมูล การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขออาประกันชีวิตนี้ รวมถึงต่อรายละเอียดที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือตัวแทนของบริษัท เพื่อการขออาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการขออาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

### ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่ [ ] วันที่ [ ] เดือน [ ] พ.ศ. [ ]

ลงชื่อ [ ] พยาน [ ] ลงชื่อ [ ] ผู้ขออาประกันภัย  
( [ ] ) ( [ ] )

ลงชื่อ [ ] ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ:  บิดา / มารดา  ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขออาประกันภัย