บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thailife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)
กรมธรรม์เลขที่
หนังสือรับรองเลขที่
จำนวนเงินเอาประกันชีวิต.....
จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....
จำนวนเงินเอาประกันทุพพลภาพ.....
ประกันสุขภาพแผน.....

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับพนักงาน / ลูกจ้าง / สมาชิก

1 ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร / บริษัท).....

2 ชื่อ-สกุล สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....
- กรณีผู้สมัครขอเอาประกันภัยไม่ใช่พนักงาน มีความสัมพันธ์เป็น ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ของพนักงานชื่อ-สกุล.....
.....

3 อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ..... ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สถานภาพ: ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย

4 เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ใบสำคัญต่างด้าว เลขที่.....
วันที่ออกบัตร.....วันที่บัตรหมดอายุ.....สถานที่ออกบัตร.....

5 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร. .....

6 วันที่เข้าทำงาน.....ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ.....

7 ผู้รับประโยชน์: ได้แก่
ชื่อ - สกุล..... ..... ความสัมพันธ์.....
ชื่อ - สกุล..... ..... ความสัมพันธ์.....
ชื่อ - สกุล..... ..... ความสัมพันธ์.....

8 (ก) ท่านเคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคตับ โรคความดันโลหิต โรคปอด โรคไต โรคมะเร็ง โรคเกี่ยวกับสมอง/ระบบประสาท โรคงูสวัด หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

(ข) ในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล / สถานพยาบาล หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

(ค) ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

(ง) ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บใช่หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

(จ) ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกัน เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการต่ออายุกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

(ฉ) ท่านมีร่างกายส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

ถ้าตอบคำถามข้อ 8 (ก-ฉ) เป็นการตอบรับ โปรดให้รายละเอียดข้างท้ายนี้ โดยอ้างอิงข้อที่เป็นคำถามด้วย

โรคหรืออาการที่เป็น.....เริ่มเป็นเมื่อ.....
วัน / เดือน / ปี ที่รักษา.....ระยะเวลารักษา.....วัน ผลการรักษาปัจจุบันเป็นอย่างไร.....
ชื่อแพทย์.....สถานพยาบาล.....
อื่นๆ.....

(โปรดพลิก)

9 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

(ก) ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดำเนินการตรวจเลือด หรือปัสสาวะ ตลอดจนนำข้อเท็จจริงที่แถลงไว้ มาใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัยได้

(ข) ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า หรือที่จะทำการรักษาหรือทำการตรวจข้าพเจ้าต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง หรือเรื่องที่ได้รับทราบจากการรักษาหรือตรวจข้าพเจ้าให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบหรือให้บริษัทประกันภัยอื่นทราบเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

(ค) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ลงชื่อ.....

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

( )

ผู้แถลงและให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม
ของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

สำหรับบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

การตรวจสอบและพิจารณา	การอนุมัติรับประกัน

วันเริ่มประกันภัย .....วันครบรอบปี .....

บันทึกการแก้ไข / การเปลี่ยนแปลง