

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยรายบุคคล (กรณีแสดงสุขภาพ)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือไม่เปิดเผยข้อความจริง อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทรับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่.....
ใบรับรองเลขที่.....วันที่เริ่มมีผลบังคับ.....
ทุนประกันชีวิต.....ทุนประกันอุบัติเหตุ.....
ทุนประกันทุพพลภาพ.....
ประกันสุขภาพ แผน.....

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (บริษัท/องค์กร) สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด
- ชื่อ-นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อ-นามสกุลเดิม
 - เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
 - สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย
 - เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ อื่น ๆ ระบุ
เลขที่บัตร วันที่บัตรหมดอายุ สถานที่ออกบัตร
(กรณีใช้บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่น ๆ) โปรดระบุเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
 - สัญชาติ
- กรณีผู้ขอเอาประกันภัยมิได้เป็นพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ โปรดระบุผู้ขอเอาประกันภัยมีความสัมพันธ์เป็น
☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ ระบุ ของพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ ชื่อ
- วันที่เข้าทำงาน/เป็นสมาชิก ตำแหน่งและลักษณะงาน
- ที่อยู่ของผู้ขอเอาประกันภัย
 - ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ อีเมล
 - ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ อีเมล
 - ที่อยู่ทำงานเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ อีเมล
- ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง/อื่น ๆ ระบุ)
 - สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด ความสัมพันธ์
 - ความสัมพันธ์
 - ความสัมพันธ์
- กรุณากรอกคำแถลงสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัยให้ครบทุกข้อ (กรณีตอบเคย กรุณาระบุโรค, การรักษา, โรงพยาบาลและอาการปัจจุบันให้ชัดเจน)
 - ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือ รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคจิต โรคประสาท โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหอบหืด โรคมะเร็งเนื้องอก โรคเบาหวาน โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคไขข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอสแอลอี โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง พิกัดทางร่างกายหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุโรคและอาการปัจจุบัน

- 7.2. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ ตรวจชิ้นเนื้อ หรือตรวจวินิจฉัยโรค เช่น เอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุรายละเอียด
- 7.3. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ในข้อ 7.1 และ ข้อ 7.2 หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุรายละเอียด
- 7.4. ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณารับประกันชีวิต หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัยจากบริษัทอื่นหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุรายละเอียด

การให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการขอเอาประกันภัย เพื่อให้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร
ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....
- ☐ ไม่มีความประสงค์

การให้อภัยค่า การมอบอำนาจและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ลงชื่อ
()

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ
()

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา/มารดา
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



หนังสือแจ้งความประสงค์

การทำประกันชีวิตกลุ่มและยินยอม

ให้หักเงินชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต

- ☐ สมัครง่ายประกันชีวิตกลุ่มใหม่
- ☐ ปรับเพิ่มทุนประกันวงเงินคุ้มครอง

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี

☐ สมาชิก ☐ สมาชิกสมทบ เลขที่สมาชิก..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

☐ คู่สมรส ☐ บุตร เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน โดยเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันจากสมาชิก

ชื่อ - สกุล..... เลขที่สมาชิก.....

มีความประสงค์สมัครง่ายประกันชีวิตกลุ่ม หรือทำประกันชีวิตกลุ่มให้กับคู่สมรส หรือบุตร โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้ทำหน้าที่จ่ายเงิน หักเงินได้รายเดือน เงินค่าตอบแทน เงินค่าจ้าง เงินสะสมสำหรับข้าราชการ เงินบำเหน็จ บำนาญ เงินอื่นใดที่ได้รับจากทางราชการ หรือเงินซึ่งสหกรณ์จะจ่ายให้แก่ข้าพเจ้า รวมทั้งให้หักเงินฝากที่มีอยู่ในบัญชีซึ่งเปิดไว้กับสหกรณ์ทุกบัญชี เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันค่างชำระที่มีอยู่ในปัจจุบันและที่จะมีขึ้นในอนาคต และภาระผูกพันใดๆ ทุกประเภทที่ข้าพเจ้ามีอยู่ร่วมกับสหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด ตลอดไปและข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนหรือกระทำการใด ๆ เพื่อขัดขวางการให้ความยินยอมหักเงินตามหนังสือฉบับนี้จนกว่าประกันชีวิตจะหมดความคุ้มครอง และจะต้องได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากสหกรณ์ก่อน หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามการที่ให้ความยินยอมนี้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ให้ถือว่าข้าพเจ้ามีพฤติกรรมที่ส่อไปในทางไม่สุจริต โดยข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาดำเนินการทางวินัยแก่ข้าพเจ้าได้ทันที ข้าพเจ้าประสงค์จะทำประกันชีวิตกลุ่มในอัตราเบี้ยประกัน และวงเงินคุ้มครอง ดังนี้

โปรดทำเครื่องหมายเลือกประกันกลุ่ม	อัตราเบี้ยประกัน (บาท)	วงเงินคุ้มครองเสียชีวิตทั่วไป(บาท)	วงเงินคุ้มครองเสียชีวิตอุบัติเหตุ(บาท)	หมายเหตุ
☐	270	500,000	1,000,000	สำหรับสมาชิก สมาชิกสมทบ คู่สมรส หรือบุตร ของสมาชิก
☐	470	800,000	1,600,000	
☐	540	900,000	1,800,000	สำหรับสมาชิก
☐	600	1,000,000	2,000,000	สำหรับสมาชิก
☐	900	1,500,000	3,000,000	สำหรับสมาชิก
☐	960	1,600,000	3,200,000	เฉพาะสมาชิกที่มีหนี้สามัญทุกประเภทรวมเกินกว่า 1,500,000 ขึ้นไป
☐	1,020	1,700,000	3,400,000	
☐	1,080	1,800,000	3,600,000	
☐	1,140	1,900,000	3,800,000	
☐	1,200	2,000,000	4,000,000	

หมายเหตุ : 1. ประกันชีวิตกลุ่มจะมีผลคุ้มครองเมื่อบริษัทตอบรับการทำประกัน และสหกรณ์เรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันจากสมาชิก หรือสมาชิกสมทบ

2. การสมัครง่ายประกันใหม่หรือเปลี่ยนแปลงเบี้ยประกัน (เริ่มตั้งแต่วันที่คุ้มครองเพิ่ม) หากผู้สมัครเสียชีวิตก่อน 1 ปี บริษัทอาจปฏิเสธการจ่ายเงินใหม่ทดแทน โดยจะจ่ายเงินสินไหมให้ในอัตราความคุ้มครองเดิมก่อนการปรับเพิ่มเบี้ยใหม่

3. กรณีสมัครง่ายประกันชีวิตใหม่ทุกรายต้องกรอกแบบฟอร์มใบคำขอ แอลงสุขภาพ และผ่านการพิจารณาทุกราย พร้อมทั้งแนบเอกสารหลักฐานประกอบ ดังนี้

เอกสารประกอบ

- ☐ แบบใบคำขอเอาประกันชีวิต
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน (สำหรับสมัครง่ายประกันคู่สมรส -บุตร)
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรส (สำหรับสมัครง่ายประกันชีวิตคู่สมรส)
- ☐ หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ (กรณีสมัครง่ายประกันใหม่)
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน สมาชิก (สำหรับสมัครง่ายประกันคู่สมรส -บุตร)

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยรายบุคคล (กรณีแสดงสุขภาพ)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือไม่เปิดเผยข้อความจริง อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทรับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่.....
 ใบรับรองเลขที่.....วันที่เริ่มมีผลบังคับ.....
 ทุนประกันชีวิต.....ทุนประกันอุบัติเหตุ.....
 ทุนประกันทุพพลภาพ.....
 ประกันสุขภาพ แผน.....

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (บริษัท/องค์กร) **สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด**
- ชื่อ-นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย **นายสมหวัง มั่งมี** ชื่อ-นามสกุลเดิม **-**
 - เพศ ☒ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด **1 มกราคม 2507** อายุ **55** ปี ส่วนสูง **170** ซม. น้ำหนัก **82** กก.
 - สถานภาพสมรส ☐ โสด ☒ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย
 - เอกสารที่ใช้แสดง ☒ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
 เลขที่บัตร **1772592714826** วันที่บัตรหมดอายุ **31 ธันวาคม 2569** สถานที่ออกบัตร **สำนักงานเขตบางเขน**
 (กรณีใช้บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่น ๆ) โปรดระบุเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน
 - สัญชาติ **ไทย**
- กรณีผู้ขอเอาประกันภัยมิได้เป็นพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ โปรดระบุผู้ขอเอาประกันภัยมีความสัมพันธ์เป็น
☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ ระบุ.....ของพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ ชื่อ
- วันที่เข้าทำงาน/เป็นสมาชิก **1 มกราคม 2534** ตำแหน่งและลักษณะงาน **นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ**
- ที่อยู่ของผู้ขอเอาประกันภัย
 - ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่ **12** หมู่ที่ **1** ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง **อนุสาวรีย์**
 อำเภอ/เขต **บางเขน** จังหวัด **กทม.** รหัสไปรษณีย์ **10220** โทรศัพท์ **081-2345678** อีเมล **somwhang@gmail.com**
 - ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ **12** หมู่ที่ **1** ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง **อนุสาวรีย์**
 อำเภอ/เขต **บางเขน** จังหวัด **กทม.** รหัสไปรษณีย์ **10220** โทรศัพท์ **081-2345678** อีเมล **somwhang@gmail.com**
 - ที่อยู่ทำงานเลขที่ **61** หมู่ที่ **-** ตรอก/ซอย.....ถนน **พหลโยธิน** ตำบล/แขวง **ลาดยาว**
 อำเภอ/เขต **จตุจักร** จังหวัด **กทม.** รหัสไปรษณีย์ **10900** โทรศัพท์ **02-5614292-3** อีเมล
- ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง/อื่น ๆ ระบุ)
 - สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด** ความสัมพันธ์ **เจ้าหนี้**
 -ความสัมพันธ์
 -ความสัมพันธ์
- กรุณากรอกคำแถลงสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัยให้ครบทุกข้อ (กรณีตอบเคย กรุณาระบุโรค, การรักษา, โรงพยาบาลและอาการปัจจุบันให้ชัดเจน)
 - ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือ รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคจิต โรคประสาท โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหอบหืด โรคเมเรียมะเร็งเนื้องอก โรคเบาหวาน โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคไขข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอสแอลอี โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง พิจารณาร่างกายหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุโรคและอาการปัจจุบัน

- 7.2. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ ตรวจชิ้นเนื้อ หรือตรวจวินิจฉัยโรค เช่น เอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่
- ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุรายละเอียด
- 7.3. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ในข้อ 7.1 และ ข้อ 7.2 หรือไม่
- ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุรายละเอียด
- 7.4. ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณารับประกันชีวิต หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขการรับประกันภัยจากบริษัทอื่นหรือไม่
- ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุรายละเอียด

การให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการขอเอาประกันภัย เพื่อให้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร
ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

☒ ไม่มีความประสงค์

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจและการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงวันที่ 1 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2562

ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ลงชื่อ

(นายสมหวัง มั่งมี)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ

(ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา/มารดา
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)