บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
23/115-121 รอยัลซิตี้อเวนิว ถ.พระราม 9 เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0-2777-8888 โทรสาร 0-2777-8899 Call Center 0-2777-8000

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม

ผู้ถือกรมธรรม์

สหกรณ์ออมทรัพย์พนักงานไฟฟ้าเขต 2 พิษณุโลก (2521) จำกัด

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ผู้ขอเอาประกันชีวิต ต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

1 ชื่อ - นามสกุล นาย/นาง/น.ส. .....

ว/ด/ป เกิด ..... อายุ..... ปี สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน .....เลขสมาชิก.....

วันที่ออกบัตร .....วันบัตรหมดอายุ.....

ส่วนสูง..... เซ็นติเมตร น้ำหนัก.....กิโลกรัม

เฉพาะเจ้าหน้าที่ บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

โทรศัพท์ 0 2777 8455-56 โทรสาร 0 2777 8439

เลขที่กรมธรรม์ .....

ใบรับรอง .....

จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... **บาท**

วันที่มีผลบังคับ.....

2 ที่อยู่ตามบัตรประชาชน .....

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ตามบัตรประชาชน ☐ ที่อยู่อื่น.....

3 จำนวนเงินเอาประกันภัย ..... **บาท** ผู้รับประโยชน์ .....

4	ข้าพเจ้าเคยเป็น ทราบว่าเป็น ได้รับคำแนะนำ และ/หรือรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่	ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดผลการรักษาและอาการปัจจุบัน	
4.1	โรคใดโรคหนึ่งเกี่ยวกับปอดหรือระบบหายใจ	☐ ไม่เคย	☐ เคย .....
4..2	โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเลือด เส้นเลือด	☐ ไม่เคย	☐ เคย .....
4.3	โรคทางสมองหรือระบบประสาท ลมบ้าหมู อัมพาต	☐ ไม่เคย	☐ เคย .....
4.4	โรคใดๆ เกี่ยวกับตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหารหรือลำไส้ ไส้เลื่อน	☐ ไม่เคย	☐ เคย .....
4.5	โรคเบาหวาน คอพอก โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โรคไต โรคนิ่ว	☐ ไม่เคย	☐ เคย .....
4.6	ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อกามโรค หรือเชื้อไวรัสโรคเอดส์	☐ ไม่เคย	☐ เคย .....
4.7	โรคใดๆ เกี่ยวกับกระดูก หรือข้ออักเสบ	☐ ไม่เคย	☐ เคย .....
4.8	ความบกพร่อง หรือ พิการ ทางร่างกาย หรือจิตใจ	☐ ไม่เคย	☐ เคย .....
4.9	โรคมะเร็ง หรือเนื้องอกที่ผิดปกติ	☐ ไม่เคย	☐ เคย .....
4.10	ภายใน 2 ปี เคยได้รับการรักษา การบาดเจ็บ การผ่าตัด นอกจากโรคข้างต้นหรือไม่	☐ ไม่เคย	☐ เคย .....
4.11	เคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการพิจารณารับประกัน เก็บเบี้ยเพิ่ม จากบริษัทนี้ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือไม่	☐ ไม่เคย	☐ เคย ....

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาลหรือองค์กรสถาบัน ที่ทำการรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดของข้าพเจ้าแก่ บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อนำผลมาใช้ประกอบการพิจารณารับประกัน หรือพิจารณาค่าสินไหมทดแทน และสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้มีผลใช้บังคับได้

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

วันที่ ..... เดือน ..... พ. ศ. ……

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน

(.....) (.....)

เฉพาะกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวา พร้อมทั้งมีพยานลงลายมือชื่อรับรอง 2 คน

หมายเหตุ

1. สัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกัยจะมีผลคุ้มครองต่อเมื่อบริษัทฯตกลงรับประกันภัยแล้ว

2.ถ้าผลการพิจารณาไม่สามารถรับประกันภัยได้บริษัทฯ จะปฏิเสธการรับประกันภัย