

วันที่จ่ายเงินกู้
(เฉพาะเจ้าหน้าที่สหกรณ์)

**ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสินเชื่อบุคคลสำหรับพนักงาน/สมาชิก
สำหรับแบบประกันสินเชื่อจำนอง**

ผู้ถือกรมธรรม์
กรมธรรม์เลขที่
เลขที่สัญญา

ชื่อ-นามสกุล เพศ ชาย หญิง ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
วันเดือนปีเกิด อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา ปี สถานภาพ โสด สมรส อื่นๆ
บัตรประชาชนเลขที่ วันหมดอายุ สถานที่ออก
สถานที่ติดต่อ โทรศัพท์
สถานที่ทำงาน โทรศัพท์
อาชีพ ตำแหน่ง หน้าที่รับผิดชอบ
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน โทรศัพท์บ้าน

ความคุ้มครอง	ชื่อผู้รับผลประโยชน์	ความสัมพันธ์	ส่วนแบ่ง
จำนวนเงินกู้.....บาท	ผู้ถือกรมธรรม์ หรือผู้รับโอนสิทธิเรียกร้องจาก	เจ้าหน้าที่	เท่าภาระหนี้
จำนวนเงินเอาประกันภัย(ชีวิต).....บาท	ผู้ถือกรมธรรม์เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้สินค้างชำระ		ที่ค้างชำระ
จำนวนเงินเอาประกันภัย(อุบัติเหตุ).....บาท	ถ้ามีเงินเหลือจ่ายให้แก่		
ระยะเวลาความคุ้มครอง.....ปี	1.		
เบี้ยประกันภัย.....บาท	2.		

1. ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษา ในสถานพยาบาลหรือไม่
 เคย โปรดแจ้งรายละเอียด..... ไม่เคย
2. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการดังต่อไปนี้หรือไม่ โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอสแอลอี โรคเบาหวาน โรคเมเร็ง โรคจิต โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง พิการทางร่างกาย โรคเลือด
 เคย โปรดแจ้งรายละเอียด..... ไม่เคย
3. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้า เข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผย ข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงาน ที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ลงชื่อ ลงชื่อ
(.....) (ผู้ขอเอาประกันภัย)
(พยานตัวแทนนายหน้า) วันที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยจะตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ การแถลงข้อความใดๆ ไม่ตรงกับความจริง อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธการจ่ายเงินตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ข้อมูลตัวแทนนายหน้า/ผู้วิเคราะห์สินเชื่อ/เจ้าหน้าที่สาขา

ผู้วิเคราะห์สินเชื่อ ชื่อ..... รหัสพนักงาน..... รหัสตัวแทน/นายหน้า.....
สาขา..... รหัสสาขา..... โทร.....
เจ้าหน้าที่สาขา ชื่อ..... รหัสพนักงาน..... รหัสตัวแทน/นายหน้า.....
สาขา..... รหัสสาขา..... โทร.....