



หนังสือแจ้งความประสงค์
การทำประกันชีวิตกลุ่ม
สหกรณ์สนับสนุนการทำประกันชีวิต

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) วัน/เดือน/ปีเกิด.....
อายุ.....ปี เลขที่สมาชิก..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์สมัครทำประกันชีวิตกลุ่ม โดยสหกรณ์สนับสนุนการทำประกันชีวิตในอัตราเบี้ยประกัน
และวงเงินคุ้มครอง ดังนี้

วงเงินคุ้มครอง เสียชีวิตทั่วไป/อุบัติเหตุ(บาท)	สหกรณ์สนับสนุนการทำประกันชีวิต
100,000	เดือนละ 44 บาท (ปีละ 528 บาท)

หมายเหตุ : 1. การสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มรายใหม่ หากผู้สมัครเสียชีวิตก่อน 1 ปี บริษัทอาจปฏิเสธการจ่ายเงินสินไหมทดแทน
2. สมาชิกสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มได้ตั้งแต่อายุ 15 – 65 ปีบริบูรณ์
3. สมาชิกที่ไม่มีหนี้เงินกู้สามัญ เท่านั้น
4. ประกันสิ้นสุดความคุ้มครองถึงอายุ 70 ปี
5. ประกันชีวิตกลุ่มจะมีผลคุ้มครองเมื่อบริษัทตอบรับการทำประกัน

ลงชื่อผู้สมัคร
(.....)

เอกสารประกอบ

- ☐ แบบฟอร์มใบคำขอสมัครทำประกันชีวิตกลุ่ม (บ.อาคเนย์ฯ)
- ☐ หนังสือแจ้งความประสงค์การทำประกันชีวิตกลุ่ม
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน
- ☐ หนังสือตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์ (กรณีสมัครทำประกันชีวิตใหม่)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัย
ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มคุ้มครองจำกัดเวลา ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย นามสกุลเดิม.....
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เชื้อชาติ..... สัญชาติ สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ทะเบียนบ้าน
☐ อื่นๆ เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....
วันบัตรหมดอายุ..... ชื่อภรรยา/สามี
- ที่อยู่และที่ทำงาน
ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
ข. สถานที่ทำงาน..... อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
ค. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
ง. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน
- จำนวนเงินเอาประกันภัย
- ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่ากัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ร้อยละผลประโยชน์	ที่อยู่
1. สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด			100%	
2.				
3.				
4.				
5.				

- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิกถอนเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม
หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคย, โปรดระบุรายละเอียด)
บริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อ.....
- ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ปริมาณ.....ความถี่.....☐ เล็กเสพเมื่อ.....
- ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์
ดื่มมานาน.....ปี ☐ เล็กดื่ม เมื่อ
- ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่สูบ ☐ สูบ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี
☐ เล็กสูบ เมื่อ
- ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....ก.ก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน
โปรดระบุน้ำหนัก ☐ เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ☐ ลดลง.....ก.ก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอประกันภัย

10. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีไม่มีมีภาวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ป็นโรคร้ายแรงใดๆ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....
11. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี
- หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ โรคหลอดเลือดในสมอง	☐ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	☐ โรคหัวใจ	☐ โรคต่อมน้ำเหลืองโต
☐ โรคอัมพฤกษ์ / โรค อัมพาต	☐ โรคหลอดเลือด	☐ โรคไต	☐ เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ	☐ โรคแผลในทางเดินอาหาร	☐ โรคข้ออักเสบ	☐ โรคมะเร็ง
☐ โรควัณโรค	☐ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	☐ โรคเก๊าท์	☐ โรคเบาหวาน
☐ โรคหอบหืด	☐ โรคความดันโลหิตสูง	☐ โรคเลือด	☐ โรคไทรอยด์
☐ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	☐ โรคถุงลมโป่งพอง		

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการ รักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษา และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

12. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ
- ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)
- | ตรวจอะไร | เมื่อใด | สถานที่ตรวจ | ผลการตรวจ | ข้อสังเกตโดยแพทย์ |
|----------|---------|-------------|-----------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
- ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)
- | อาการ | วันเดือนปีที่ได้รับการรักษา | สถานพยาบาล | ผลการรักษา |
|-------|-----------------------------|------------|------------|
| | | | |
| | | | |

ส่วนที่ 3 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

(ลงชื่อ)
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย