





**ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยลินเชื่อ Smile Protection**

1. รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย  
ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ..... สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด  
ที่อยู่ : ..... เบอร์โทรศัพท์/โทรสาร.....  
 บัตรประจำตัวประชาชน  บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่.....  
 หนังสือจดทะเบียนบริษัท เลขที่.....

2. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้)  
ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว ..... นายสมทบ เป็นหลัก  
 บัตรประจำตัวประชาชน  บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่..... X XXXX XXXXX XX X  
วัน/เดือน/ปีเกิด ..... 14/07/2532 ..... น้ำหนัก/ส่วนสูง XX กก./XXX ซม. เชื้อชาติ/ สัญชาติ ไทย / ไทย  
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ XX หมู่ที่ X ตรอก/ซอย..... XXXX ถนน..... XXXX ตำบล/แขวง..... XXXXX  
อำเภอ/เขต..... XXXXX จังหวัด..... XXXXXXX รหัสไปรษณีย์..... 12345 โทรศัพท์..... XXX-XXXXXXX  
สถานที่ทำงาน : ที่อยู่..... ระบุสถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์..... XXX-XXXXXXX

3. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์  
2.1 ชื่อสถาบันการเงิน..... สหกรณ์ออมทรัพย์กรมป่าไม้ จำกัด (ตามภาวะผูกพัน) ..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :  
2.1 ผู้ให้กู้  
2.2 .....  
2.2 .....

4. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เท่ากับวงเงินกู้) ..... บาท ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ : ..... ปี

5. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 16.30 น.

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุ สัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว ใช่หรือไม่  
 ใช่ โปรดระบุ .....  ไม่ใช่

7. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรค หรือบาดเจ็บร้ายแรงใช่หรือไม่  
 ใช่ โปรดระบุ .....  ไม่ใช่

8. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคถุงลมโป่งพองในปอด วัณโรค โรคไตเรื้อรัง หรือไคยา โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็งทุกชนิด โรคตับแข็ง หรือ ตับอักเสบจากเชื้อไวรัส B,C โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อเชื้อไวรัส HIV หรือโรคร้ายแรงอื่นใดหรือมีโรคประจำตัว ใช่หรือไม่  
 ใช่ โปรดระบุ .....  ไม่ใช่

9. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่  
 ใช่ โปรดระบุ .....  ไม่ใช่

10. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือเคยเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่  
 ใช่ โปรดระบุ .....  ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้เป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือ องค์กรอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท คิวทันโอเคีสมารีนประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

ใบคำขอเอาประกันภัยนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว  
ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย ..... สมทบ เป็นหลัก  
( นายสมทบ เป็นหลัก )  
วัน/เดือน/ปีที่ขอเอาประกันภัย.....

การประกันภัยตรง  ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ .....  ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)  
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแสดงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิออกคำสั่งสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865