



ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ "สินเชื่อบลอคภัยพิเศษ"

<p>1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้)          ชื่อ <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว..... นามสกุล..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... (พร้อมแนบสำเนา)  <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่..... วัน/เดือน/ปีเกิด(พ.ศ.)...../...../..... อายุ..... ปี          น้ำหนัก (กก.)..... ส่วนสูง (ซม.)..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> มีคู่ <input type="checkbox"/> หย่า          ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....          อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... E-mail.....          อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ลักษณะงานที่ทำ..... รายได้/เดือน..... บาท รายได้อื่นๆ/เดือน..... บาท          สถานที่ทำงาน : ที่อยู่..... โทรศัพท์.....          ที่อยู่สำหรับจัดส่งกรมธรรม์ <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ที่ทำงาน <input type="checkbox"/> ที่อื่นโปรดระบุ.....</p>	
<p>2. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์ :          ลำดับที่ 1 : ..... สาหรณ์อ้อมทรัพย์ครุฑเก็ด จำกัด (ชื่อสถาบันการเงิน - ตามภาระผูกพัน)          ลำดับที่ 2 : .....</p>	<p>ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :          ลำดับที่ 1 : ผู้กู้          ลำดับที่ 2 : .....</p>
<p>3. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เงินกู้ในสัญญาเงินกู้)..... บาท</p>	<p>ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ :..... ปี</p>
<p>4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มตั้งแต่วันที่..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.</p>	
<p>5. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่  <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ..... <input type="radio"/> ไม่ใช่</p>	
<p>6. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือ ได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรคใดๆ หรือ การบาดเจ็บใดๆ ใช่หรือไม่  <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ..... <input type="radio"/> ไม่ใช่</p>	
<p>7. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคเอดส์หรือมีเลือดบวก ต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเกี่ยวกับสมอง โรคมะเร็ง โรคปอด โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร หรือโรคอื่นใด หรือมีโรคประจำตัวใช่หรือไม่  <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ..... <input type="radio"/> ไม่ใช่</p>	
<p>8. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่  <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ..... <input type="radio"/> ไม่ใช่</p>	
<p>9. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมีเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ..... <input type="radio"/> ไม่ใช่</p>	
<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพ ร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจ ทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)          เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว</p>	
<p>ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย.....          (.....)</p>	<p>วันที่ขอเอาประกันภัย          วัน..... เดือน..... พ.ศ. ....</p>
<p><input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ <input type="checkbox"/> โบราณคดีเลขที่</p>	
<p>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)          ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแสดงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาที่ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญา ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้</p>	

