



ทิพย์ประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ "สินเชื่อบลอคภัยพิษ"

วงเงินประกันภัยในสัญญา

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ใบคำขอเอาประกันภัย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                    |
| กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ "สินเชื่อบลอคภัยพิษ"                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                    |
| 1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้)<br>ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว .....<br><input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่ .....<br>สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> หย่า วัน/เดือน/ปีเกิด ..... น้ำหนัก/ส่วนสูง ..... / ..... เชื้อชาติ / สัญชาติ ..... / .....<br>ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....<br>อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....<br>อาชีพ ..... ตำแหน่ง .....<br>สถานที่ทำงาน : ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....                                                  |                                                                                                    |
| 2. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประกันภัย :<br>ลำดับที่ 1 : สหกรณ์ออมทรัพย์ครูภูเก็ต จำกัด (ตามการผูกพัน)<br>ลำดับที่ 2 : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :<br>ลำดับที่ 1 : ผู้ให้กู้<br>ลำดับที่ 2 : .....                 |
| 3. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เงินกู้ในสัญญาเงินกู้) : ..... บาท                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ : ..... ปี                                                                 |
| 4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ ..... เวลา ..... น. สิ้นสุดวันที่ ..... เวลา 16.30 น.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                    |
| 5. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่<br><input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ ..... <input type="radio"/> ไม่ใช่                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                    |
| 6. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรคใดๆ หรือการบาดเจ็บใดๆ ใช่หรือไม่<br><input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ ..... <input type="radio"/> ไม่ใช่                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                    |
| 7. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเกี่ยวกับสมอง โรคมะเร็ง โรคปอด โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร หรือโรคอื่นใด หรือมีโรคประจำตัวใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ ..... <input type="radio"/> ไม่ใช่                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                    |
| 8. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมบูรณ์ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่<br><input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ ..... <input type="radio"/> ไม่ใช่                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                    |
| 9. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมึนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ ..... <input type="radio"/> ไม่ใช่                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                    |
| ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้เป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพ ร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท ทิพย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)<br>เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว<br>ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย |                                                                                                    |
| วัน/เดือน/ปีที่ขอเอาประกันภัย .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....<br>( )                                                               |
| <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตเลขที่ ..... |
| ค่าเบี้ยของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)<br>ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะส่งผลให้สัญญาประกันภัยเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และขอแจ้งปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                    |

