

ท้ายคำสั่งนายทะเบียน
ใบคำขอเอาประกันชีวิตสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิต แบบคุ้มครองสินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ประเภทสามัญ
แบบ..... (แบบไม่ตรวจสอบสุขภาพ)

ชื่อบริษัท
ที่ตั้งทำการ

ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อและนามสกุลเดิม.....
- เพศ ชาย หญิง เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา.....
- สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
- อายุปี เกิดวันที่เดือน พ.ศ.
- เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ทะเบียนบ้าน อื่นๆ
- เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว.....วันบัตรหมดอายุ.....
- ชื่อภรรยา/สามี
- ชื่อสถาบันการเงิน..... เลขที่คำขอสินเชื่อ/เลขที่การอนุมัติสินเชื่อ
- จำนวนเงินกู้ บาท อัตราดอกเบี้ยเงินกู้ยืม
- วันที่ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะให้บริษัทเริ่มต้นให้ความคุ้มครอง*
- กู้เพื่อซื้อ.....(ให้ระบุรายการทรัพย์สินที่จะกู้ยืมเงินจากสถาบันการเงินอย่างเฉพาะเจาะจง).....
- ราคาทรัพย์สินที่ซื้อ
- *วันที่เริ่มต้นให้ความคุ้มครอง ให้ผู้ขอเอาประกันภัยระบุโดยอ้างอิงจากวันที่คาดว่าจะมีการทำสัญญากู้ยืมเงิน หรือวันที่ได้รับเงินกู้)

2. ท่านมีการทำสัญญาประกันชีวิต หรืออยู่ระหว่างการขอเอาประกันชีวิต เพื่อคุ้มครองสินเชื่อตามข้อ 1. กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	ขณะนี้สัญญา มีผล บังคับหรือไม่

คำเตือน คำถามนี้บริษัทถือเป็นสาระสำคัญในการพิจารณารับประกันสำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิต แบบคุ้มครองสินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว ประเภทสามัญ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดหรือแถลงเท็จบริษัทอาจใช้สิทธิบอกล้างสัญญาและปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต

3. 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

4. อาชีพประจำตำแหน่งลักษณะงานที่ทำ
ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปีบาท
อาชีพอื่นๆ (ถ้ามี).....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ
ลักษณะธุรกิจ.....รายได้ต่อปีบาท
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่

5. กรมธรรม์ประกันชีวิตแบบคุ้มครองเงินเชื่อ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

ชื่อแบบประกันภัย.....

ระยะเวลาเอาประกันภัยปี ระยะเวลาชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

จำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น* บาท เบี้ยประกันภัย.....บาท

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอฯ นี้บาท ชำระเป็น เงินสด โอนเข้าบัญชีบริษัทเลขที่

..... ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....สาขา.....

อื่นๆ.....

ใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินเลขที่.....

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว/เอกสารการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุข้างต้น

* จำนวนเงินเอาประกันภัยเริ่มต้น คือ จำนวนเงินเอาประกันภัยสูงสุด ขณะเริ่มทำประกันชีวิต ซึ่งระบุไว้ในหน้าตารางกรมธรรม์ และจำนวนเงินเอาประกันภัยนี้จะลดลงเป็นรายเดือนซึ่งจะระบุตามที่แนบทำกรมธรรม์

6. ผลประโยชน์

กรณีเสียชีวิต

บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก เท่ากับจำนวนเงินผลประโยชน์เท่ากับ

จำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์รองตามอัตราส่วน ดังนี้ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์รอง	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน	ร้อยละของผลประโยชน์คงเหลือ

กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

บริษัทจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ผู้รับประโยชน์หลัก เท่ากับจำนวนเงินผลประโยชน์เท่ากับ

จำนวนหนี้ที่ผู้เอาประกันภัยค้างชำระอยู่กับผู้รับประโยชน์หลัก ทั้งนี้ ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัย ถ้ามีจำนวนเงินเอาประกันภัยเหลืออยู่บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกันภัย

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

ไม่เคย เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด
.....
.....

8. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่

ไม่เคย เคย

9. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่

ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่.....
ครั้ง/สัปดาห์..... เสพมานาน.....ปี
 เลิกเสพเมื่อ.....

10. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....
ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานานปี
 เลิกดื่ม เมื่อ

11. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย

สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ ปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานานปี

เลิกสูบบุหรี่ เมื่อ

12. ส่วนสูง น้ำหนัก ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

..... ซม. ก.ก. ไม่เปลี่ยน เปลี่ยน

โปรดระบุน้ำหนัก เพิ่มขึ้น.....ก.ก. ลดลง.....ก.ก.

สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกันภัย

13. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา ของท่านเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคเมเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ หรือไม่

ไม่เป็น

เป็น

ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียด

บุคคลที่เป็น	โรค	อายุที่เริ่มเป็น
.....
.....

14. ภรรยา/สามี ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบหรือไม่

ไม่เป็น

เป็น

หากเป็นกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง

เป็นโรคเอดส์(HIV)

เป็นโรคไวรัสตับอักเสบ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

15. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ป่วยเป็นโรคร้ายแรงใดๆ

ใช่

ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....

16. ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่.....ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด

ชื่อสถานพยาบาล	ชื่อแพทย์	โรค	ผลการตรวจ / รักษา	วันเดือนปีที่รักษา
.....
.....

17. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

.....

.....

ส่วนที่ 4 การเพิ่มเติมข้อความในใบคำขอเอาประกันชีวิตเพื่อให้มีความสอดคล้องกับกฎหมาย “Foreign Account Tax Compliance Act” (FATCA)

โดยให้ข้อความในส่วนที่ 4 ดังกล่าว ให้บริษัทใช้ข้อความตามที่บริษัทเคยได้รับความเห็นชอบในใบคำขอเอาประกันภัยแบบอื่นของบริษัทไปแล้ว

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัย ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. หากผู้เอาประกันภัยยังไม่ได้ทำสัญญาการกู้ยืมเงินกับสถาบันการเงิน ผู้เอาประกันภัยสามารถขอยกเลิกกรมธรรม์นี้ได้ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์จากบริษัท และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัท ฉบับละ 500 บาท
2. หากกรมธรรม์ยังมีผลบังคับ ผู้เอาประกันภัยสามารถใช้สิทธิเวนคืนกรมธรรม์ได้ โดยได้รับความยินยอมจากสถาบันการเงินซึ่งเป็นผู้รับประกันภัยหลักที่ให้สินเชื่อ หรือเมื่อผู้เอาประกันภัยได้ชำระหนี้สินที่มีอยู่กับสถาบันการเงินซึ่งเป็นผู้รับประกันภัยหลักหมดแล้ว
3. วันที่เริ่มต้นความคุ้มครองซึ่งเป็นวันเดียวกับวันที่ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะให้บริษัทเริ่มต้นให้ความคุ้มครองซึ่งระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัย หรือวันที่ระบุไว้ในกรณีที่มีการขอแก้ไขวันเริ่มต้นความคุ้มครอง หรือวันที่บริษัทหรือตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทได้รับข้อเสนอการรับประกันภัยใหม่ (counter offer) แล้วแต่วันใดจะเกิดขึ้นหลังสุด
4. ก่อนลงลายมือชื่อให้ทำนุฎมาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

(ลงชื่อ)

(ลงชื่อ)

(.....)

(.....)

พนักงานบริษัทประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย