



ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับสมาชิก (Application for Group Term Life for Member)

ผู้ถือกรมธรรม์ (Policyholder) ... สหกรณ์ออมทรัพย์กรมพัฒนาที่ดิน จำกัด
 กรมธรรม์เลขที่ (Policy No.) GT ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ (Application No.)

ชื่อ-นามสกุล (Name-Surname) ชาย (Male) หญิง (Female) สัญชาติ (Nationality)
 วันเดือนปีเกิด (Date of Birth) อายุ (Age) ปี (yrs.) น้ำหนัก (Weight) ก.ก. (kg) ส่วนสูง (Height) ซม. (cm)
 สถานภาพ (Status) โสด (Single) สมรส (Married) หม้าย (Widowed) หย่า (Divorced)
 เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว (ID/Passport No.) วันบัตรหมดอายุ (Expiry Date)
 ที่อยู่ปัจจุบัน (Contact Address) โทร (Tel.)
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (Registered Address) โทร (Tel.)
 อาชีพ (Occupation) วันเริ่มทำงาน (Joining Date) ตำแหน่ง (Position)
 หน้าที่รับผิดชอบ (Responsibility) รายได้ต่อปี (Annual income/Salary)
 สมัครในฐานะ (Applied as) คู่สมรส (Spouse) บุตร (Child) อื่นๆ (Others) ของสมาชิก (Member of)
 แบบประกันภัย (Insurance Plan) จำนวนเงินเอาประกันภัย (Sum assured)

ชื่อผู้รับประโยชน์ (Beneficiary) อายุ (Age) บัตรประชาชนเลขที่ (ID No.) ความสัมพันธ์ (Relationship) สัดส่วน (Proportion %)
 (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน) (The proportion will be shared equally if no specific amount is stated)

-----สหกรณ์ออมทรัพย์กรมพัฒนาที่ดิน จำกัด-----

1. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนผู้สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ When applying for insurance or applying for reinstatement, has your application ever been denied, deferred, charged extra premiums, or had to have your coverage changed to another plan other than the one you applied for?
 เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please describe) ไม่เคย (No)
 2. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าเป็นโรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอสแอลอี โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคจิต โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง พิกัดทางร่างกาย โรคเลือดหรือไม่ Have you ever been diagnosed with, treated for or mentioned about lung diseases, asthma, heart diseases, hypertension, stroke, liver diseases, biliary tract diseases, kidney diseases, alcoholism, SLE, diabetes, cancers, psychosomatic traumas, AIDS or immune deficiencies, physical abnormalities, blood diseases?
 เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please describe) ไม่เคย (No)
 3. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ Have you ever used any narcotic drugs, consumed alcohol on a regular basis, or been treated for alcoholism or drugs, or been involved in narcotics-related litigation?
 ใช่ โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please describe) ไม่ใช่ (No)
 4. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่ In the last 5 years, have you ever injured, had a sickness, had an operation, consulted a doctor, been treated by a doctor, been given consultations by a doctor?
 ใช่ โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please describe) ไม่ใช่ (No)
- ก. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้เป็นความจริงทุกประการ
 ข. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือ ผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
 ค. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- a. I confirm that all the above statement is true.
 - b. I allow doctors, insurance companies, individuals or juristic persons who may have information of my health condition prior to this application, during the application process, or for any future applications, to disclose the details of my health condition to the Company or its representatives as part of the information for the application or to make policy benefit payments.
 - c. I allow the Company or its representatives to file, use or disclose my personal information and facts of my health condition with other insurers or reinsurers in whatever manner necessary for the application of the insurance contract, or to make policy benefit payments or for any other procedures that the Company deems necessary.

ทำที่ (Made at) ลงชื่อ (Signature) ผู้ขอเอาประกันภัย (Applicant)
 วันที่ (Date) ลงชื่อ (Signature) พยาน/ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต (Witness /Agent/Broker)
 ใบอนุญาตเลขที่ (License No.)

ถ้าเดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865
Warning by the Office of Insurance Commission : The Applicant must answer all questions truthfully. Any non-disclosure or false statements may cause the life insurance company to decline its claims payment. This is in accordance with the Civil & Commercial Code, Section 865