



ใบคำขอเอาประกันภัย	
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ "สินเชื่อปลอดภัยพิเศษ"	
<p>1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้)</p> <p>ชื่อ <input type="checkbox"/> นาย <input type="checkbox"/> นาง <input type="checkbox"/> นางสาว..... นามสกุล..... เลขที่ประจำตัวประชาชน..... (พร้อมแนบสำเนา)</p> <p><input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่..... วัน/เดือน/ปีเกิด(พ.ศ.)/...../..... อายุ..... ปี</p> <p>น้ำหนัก (กก.)..... ส่วนสูง (ซม.)..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> มีคู่ <input type="checkbox"/> หย่า</p> <p>ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....</p> <p>อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... E-mail.....</p> <p>อาชีพ ตำแหน่ง ลักษณะงานที่ทำ..... รายได้/เดือน บาท รายได้อื่นๆ/เดือน..... บาท</p> <p>สถานที่ทำงาน : ที่อยู่..... โทรศัพท์.....</p> <p>ที่อยู่สำหรับจัดส่งกรมธรรม์ <input type="checkbox"/> ที่อยู่ปัจจุบัน <input type="checkbox"/> ที่ทำงาน <input type="checkbox"/> ที่อื่นโปรดระบุ.....</p>	
<p>2. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์ :</p> <p>ลำดับที่ 1 : สหกรณ์ออมทรัพย์ครูเชียงใหม่ จำกัด (ชื่อสถาบันการเงิน - ตามการระดมทุน)</p> <p>ลำดับที่ 2 :</p>	<p>ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :</p> <p>ลำดับที่ 1 : ผู้ให้กู้</p> <p>ลำดับที่ 2 :</p>
<p>3. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เงินกู้ในสัญญาเงินกู้) บาท</p>	<p>ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้: ปี</p>
<p>4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา 16.30 น.</p>	
<p>5. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p>	
<p>6. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรคใดๆ หรือ การบาดเจ็บใดๆ ใช่หรือไม่</p> <p><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</p> <p><input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p>	
<p>8. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p>	
<p>9. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือคัมภีร์ หรือสิ่งมีพิษ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษากับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่</p>	
<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพ ร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)</p> <p>เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว</p>	
<p>ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย..... วันที่ขอเอาประกันภัย</p> <p>(.....) วัน..... เดือน..... พ.ศ.</p>	
<p><input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ <input type="checkbox"/> โบราณเลขที่</p>	
<p>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)</p> <p>ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้</p>	