

เอกสารประกอบการทำประกันชีวิต

เอกสารแนบ	1	สำเนาบัตรประชาชน (ผู้กู้)	2 ฉบับ
	2	สำเนาบัตรข้าราชการ (ผู้กู้)	2 ฉบับ
	3	สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้กู้)	2 ฉบับ
	4	สำเนาการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ผู้เกี่ยวข้องสัญญาเงินกู้ ถ้ามี)	2 ฉบับ
	5	สำเนาบัตรประชาชน ผู้รับผลประโยชน์	2 ฉบับ

หมายเหตุ เอกสารสำเนาทุกฉบับ ต้องรับรองสำเนาถูกต้องและลงลายมือชื่อทุกฉบับ



ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาคีประกันภัยชั้นนำ

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ "สินเชิ้อปลอดภัยพิเศษ" (ทุนคงที่)

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้) ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว..... ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่..... สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า วัน/เดือน/ปีเกิด..... น้ำหนัก/ส่วนสูง..... เชื้อชาติ / สัญชาติ..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... อาชีพ..... ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน : ที่อยู่..... โทรศัพท์.....	
2. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์ : ลำดับที่ 1 :..... ชื่อสถาบันการเงิน..... (ตามการผูกพัน) ลำดับที่ 2 :.....	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : ลำดับที่ 1 : ผู้ให้กู้ 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 ☐ ใช่ โปรดระบุ..... ☐ ไม่ใช่	
6. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรคใดๆ หรือ การบาดเจ็บใดๆ ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ..... ☐ ไม่ใช่	
7. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเกี่ยวกับสมอง โรคกระเพาะ โรคปอด โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร หรือโรคอื่นใด หรือมีโรคประจำตัวใช่หรือไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ..... ☐ ไม่ใช่	
8. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ..... ☐ ไม่ใช่	
9. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมึนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ..... ☐ ไม่ใช่	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพ ร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย	
วัน/เดือน/ปีที่ขอเอาประกันภัย..... ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย..... ()	
☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย	☐ นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้
☐ ใบอนุญาตเลขที่.....	
ค่าเดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแสดงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้	

