



_____	_____
_____	_____

เลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขออาประกันภัยต้องตอบค้ำถูกต้องตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปฎิบัติข้อเท็จจริงได้ ที่อาจเป็นเหตุให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

1. ชื่อ-สกุลผู้ขออาประกันภัย (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ)

วันเดือนปีเกิด _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ อายุ _____ ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ _____

ส่วนสูง _____ ซ.ม. น้ำหนัก _____ ก.ก. ตำแหน่งหน้าที่ _____

มีความเกี่ยวข้องกับ _____ โดยเป็น _____

สมาชิกของ _____ เลขที่บ้าน _____ เลขที่ทะเบียนสมาชิก _____

บิดา/มารดา คุณแม่ บุตร ของสมาชิก ชื่อ _____ นามสกุล _____

เลขที่ทะเบียนสมาชิก _____

2. สมาชิกของ _____ มีได้ถูกเงินกัน _____

ได้ถูกเงินไว้กัน _____ เลขที่บ้าน _____ จำนวนเงิน _____ บาท

3. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ _____ ชื่อหมู่บ้าน/อาคาร _____

ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____ โทรศัพท์ _____

4. แบบประกันภัยที่ต้องการ

แบบประกันภัย

ความคุ้มครอง

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

5. ผู้รับผลประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์ _____

6. ในคำขออาประกันชีวิต หรือการต่ออายุกรมธรรม์ชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณาหรือเพิ่มเบี้ยประกันภัยหรือมีข้อจำกัด หรือแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่

ไม่เคย เคย

7. ท่านเคยเป็นตัวโรค โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือ โรคเกี่ยวกับสมองหรือไม่

ไม่เคย เคย

8. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือมีสุราหรือลิ้งมีน้ำมารหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขเรือังหรือยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่

ไม่เคย เคย

9. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยปรึกษาแพทย์ เข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือสถานบันไดที่คล้ายคลึงกันหรือไม่

ไม่เคย เคย

หากตอบคำตามใน ข้อ 6 -9 เป็นคำตอบบ้างว่า “เคย” โปรดกรอกแบบสอบถามตามแต่ละด้านต่อไปเพิ่มเติม

1. ท่านได้รับการตรวจร่างกายที่ _____ เมื่อ _____

2. ท่านมีอาการหรือสาเหตุอย่างไรก่อนไปรับการตรวจ _____

3. แพทย์แจ้งผลการตรวจเป็นอย่างไร มีสิ่งผิดปกติหรือไม่ _____

4. ท่านได้รับการรักษาหรือไม่ หรือได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าใช่โปรดให้รายละเอียด _____

5. ท่านอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลา _____ หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วแพทย์นัดให้ไปพบอีกหรือไม่ หรือมีอาการผิดปกติต้องไปพบแพทย์อีกหรือไม่ อย่างไร _____ เมื่อใด _____

6. ปัจจุบันท่านยังคงได้รับการรักษาหรือไม่ _____ ถ้ายังได้รับการรักษา ไปพบแพทย์ทุก _____ เดือน หรือ โดยวิธี _____ ถ้าหยุดการรักษาแล้ว ตั้งแต่เมื่อใด _____ อาการปัจจุบันเป็นอย่างไร _____

7. กรณีเป็นโรคเบาหวาน กรุณาระบุระดับน้ำตาลครั้งแรกที่ตรวจรักษา
 และระดับน้ำตาลปัจจุบัน
 กรณีเป็นโรคความดันโลหิตสูง กรุณาระบุค่าความดันปัจจุบัน / mmHg
 กรณีท่านดื่มสุรา ท่านดื่มปัจจุบัน จำนวนแก้วที่ดื่มต่อวัน

การให้ถ้อยคำ การให้ความยินยอม และการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขออภัยนั่นว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเดส์ หรือมีเลือดบางต่อໄว้ส์โรคเดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่า ถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเดส์หรือมีเลือดบางต่อໄว้ส์โรคเดส์แล้ว บริษัทฯ จะไม่วันประกันชีวิตข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นได้รับการรักษา รักษาข้าพเจ้าแจ้งมอบข้อมูลหรือประวัติการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ในสิ่งใด หรือการรักษา และสำเนาบันทึกทางการแพทย์ใดๆ ของข้าพเจ้า ต่อบริษัทกรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ และสำเนาภูบัตรถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือมีผลบังคับใช้เดียวกับต้นฉบับและข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อมูลที่จริงเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอกสารประจำบันภัย หรือ จ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้ากับบริษัทอื่นได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ซึ่งรวมทั้งบริษัทฯ ในเครือบริษัทฯ ไม่ว่าจะอยู่ในหรือนอกประเทศไทยก็ตาม ใช้ เปิดเผย หรือโอน ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดที่เกี่ยวกับข้าพเจ้า (ไม่ว่าข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่นจะเป็นผู้ให้ข้อมูลนั้น) ให้แก่บุคคลใด ทั้งในและ/or นอกประเทศไทยเพื่อวัตถุประสงค์ใด ที่เกี่ยวกับหรือเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมายและเงื่อนไข คำสั่งศาล คำร้องขอใด หรือคำสั่งของหน่วยงานกำกับดูแลใด และ/or เพื่อการดำเนินการ การพัฒนาการประกอบการของบริษัทฯ

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

นายหน้า/ตัวแทนได้ตรวจสอบต้นฉบับของเอกสารและลงชื่อผู้ขอเอกสาร
 ประกันภัย และเห็นว่าตรงกันกับสำเนาภูบัตรถ่ายเอกสารที่ลงมือให้แก่บริษัทฯ

ลงชื่อ () ผู้ขอเอกสารประกันภัย

ลงชื่อ () พยาน

ลงชื่อ () พยาน

(กรณีผู้ขอเอกสารประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา แม่ด้าหรือผู้ปกครอง ลงชื่อเป็นพยานด้วย)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. เลขทะเบียนสมาชิก
 สังกัด ยินยอมให้สหกรณ์หักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตกลุ่ม
 ของผู้ขอเอกสารประกันภัยซึ่งเกี่ยวข้องเป็น ของข้าพเจ้า

เอกสารแนบท้าย
 1.สำเนาบัตรประชาชน
 2.สำเนาทะเบียนบ้าน
 3.กรณีคู่สมรสแนบบัตรประชาชนคู่สมรส ทะเบียนบ้าน

ลงชื่อ () ผู้ให้คำยินยอม