

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสหกรณ์

ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

เลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจเป็นเหตุให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

- ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ)
วันเดือนปีเกิด เดือน พ.ศ. อายุ ปี บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่
ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. ตำแหน่งหน้าที่
มีความเกี่ยวข้องกับ โดยเป็น
☐ สมาชิกของ เลขทะเบียนสมาชิก
☐ บิดา/มารดา ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ของสมาชิก ชื่อ นามสกุล
เลขทะเบียนสมาชิก
2. สมาชิกของ ☐ มิได้กู้เงินกับ ☐ มิได้กู้เงินไว้กับ เลขที่คำขอกู้ จำนวนเงินกู้ บาท
3. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน / อาคาร ซอย
ถนน ตำบล อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
- แบบประกันภัยที่ต้องการ

| แผนประกันภัย | ความคุ้มครอง |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- ผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์
- ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการต่ออายุกรมธรรม์ชีวิตใดๆของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณาหรือเพิกเฉยประกันภัยหรือมีข้อจำกัดหรือแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
- ท่านเคยเป็นวัณโรค โรคกระดูก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือโรคเกี่ยวกับสมองหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
- ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุราหรือสิ่งเมาหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยรับการรักษากับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
- ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยปรึกษาแพทย์ เข้ารับการผ่าตัด หรือได้รับการรักษาตัวในสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือสถาบันใดที่คล้ายคลึงกันหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

หากตอบคำถามใน ข้อ 6 - 9 เป็นคำตอบรับว่า "เคย" โปรดกรอกแบบสอบถามแสดงสุขภาพด้านล่างเพิ่มเติม

- ท่านได้รับการตรวจร่างกายที่ เมื่อ
- ท่านมีอาการหรือสาเหตุอย่างไรก่อนไปรับการตรวจ
- แพทย์แจ้งผลการตรวจเป็นอย่างไร? มีสิ่งผิดปกติหรือไม่?
- ท่านได้รับการรักษาหรือไม่ หรือได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าใช่โปรดให้รายละเอียด
- ท่านอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลากี่วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วแพทย์นัดให้ไปพบอีกหรือไม่ หรือมีอาการผิดปกติต้องไปพบแพทย์อีกหรือไม่ อย่างไร

6. ปัจจุบันท่านยังคงได้รับการรักษาหรือไม่ ถ้ายังได้รับการรักษา ไปพบแพทย์ทุก เดือน หรือ โดยวิธี
ถ้าหยุดแล้ว ตั้งแต่เมื่อใด
อาการปัจจุบันเป็นอย่างไร
7. กรณีเป็นเบาหวาน กรุณาระบุระดับน้ำตาลครั้งแรกที่ตรวจรักษา
และระดับน้ำตาลปัจจุบัน
กรณีเป็นความดันโลหิตสูง กรุณาระบุค่าความดันปัจจุบัน / mmHg
กรณีท่านดื่มสุรา ท่านดื่มบ่อยแค่ไหน จำนวนแก้วที่ดื่มต่อวัน

การให้ถ้อยคำ การให้ความยินยอม และการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่า ถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัทฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้าแจ้งมอบข้อมูลหรือประวัติการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกทางการแพทย์ใดๆ ของข้าพเจ้า ต่อบริษัทฯ กรุงเทพมหานคร-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ และสำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือมีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับและข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เผยแพร่ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือ จ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้ากับบริษัทอื่นได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ซึ่งรวมทั้งบริษัทใดๆ ในเครือบริษัทฯ ไม่ว่าจะอยู่ในหรือนอกประเทศไทยก็ตาม ใช้ เผยแพร่ หรือโอน ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดที่เกี่ยวกับข้าพเจ้า (ไม่ว่าข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่นจะเป็นผู้ให้ข้อมูลนั้น) ให้แก่บุคคลใดๆ ทั้งในและ/หรือนอกประเทศไทยเพื่อวัตถุประสงค์ใดๆ ที่เกี่ยวกับหรือเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ คำสั่งศาล คำร้องขอใดๆ หรือคำสั่งของหน่วยงานกำกับดูแลใดๆ และ/หรือเพื่อการดำเนินการ การพัฒนาการประกอบการของบริษัทฯ

เขียนที่
นายหน้า/ตัวแทนได้ตรวจสอบต้นฉบับของเอกสารแสดงตนของผู้ขอเอา
ประกันภัย และเห็นว่าตรงกันกับสำเนารูปถ่ายเอกสารที่ส่งมอบให้แก่บริษัท

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ
()
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ
()
พยาน

ลงชื่อ
()
พยาน

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ลงชื่อเป็นพยานด้วย)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. เลขทะเบียนสมาชิก สังกัด
ยินยอมให้สหกรณ์หักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตกลุ่มของผู้ขอเอาประกันภัยซึ่งเกี่ยวข้องเป็น ของข้าพเจ้า

เอกสารแนบ

1. สำเนาบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. กรณีคู่สมรสแนบบัตรประชาชนคู่สมรส ทะเบียนบ้าน

ลงชื่อ
()
ผู้ให้คำยินยอม

ผู้เอาประกันภัย / ผู้ค้าประกัน

ทำที่
วันที่ / /

ด้วยข้าพเจ้า / ผู้ค้าประกัน 1 : เลขที่สมาชิก ตำแหน่ง อายุงาน ปี เดือน
เงินเดือน บาท เลขที่ประจำตัวประชาชน วดป.เกิด สถานะสมรส ☐ สมรส ☐ โสด ☐ หย่า
บุตร คน สถานที่ทำงาน จังหวัด เบอร์โทร และ
ข้าพเจ้า / ผู้ค้าประกัน 2 : เลขที่สมาชิก ตำแหน่ง อายุงาน ปี เดือน
เงินเดือน บาท เลขที่ประจำตัวประชาชน วดป.เกิด สถานะสมรส ☐ สมรส ☐ โสด ☐ หย่า
บุตร คน สถานที่ทำงาน จังหวัด เบอร์โทร และ
ข้าพเจ้า / ผู้ค้าประกัน 3 : เลขที่สมาชิก ตำแหน่ง อายุงาน ปี เดือน
เงินเดือน บาท เลขที่ประจำตัวประชาชน วดป.เกิด สถานะสมรส ☐ สมรส ☐ โสด ☐ หย่า
บุตร คน สถานที่ทำงาน จังหวัด เบอร์โทร และ

รายละเอียดการทำประกันภัย

มีความประสงค์ที่จะเอาประกันความรับผิดในนามของผู้ค้าประกันให้กับผู้กู้ สำหรับจำนวนเงินกู้ที่ค้างชำระเกิน 2 งวดติดต่อกันตามสัญญา
ค้ำประกันที่ตกลงกันไว้ และผู้กู้ได้พ้นสภาพจากการเป็นสมาชิกของผู้ให้กู้แล้วเท่านั้น โดยสัญญาค้ำประกันดังกล่าวต้องมีความผูกพันตามสัญญาเงินกู้ใน
โครงการเงินกู้สามัญเลขที่ วันที่ จำนวนเงิน บาท มีระยะเวลาชำระ
คืน งวด * จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท

(* จำนวนเงินเอาประกันภัย หมายถึง จำนวนเงินที่มีความเสี่ยงภัย คือ เงินกู้หักด้วยมูลค่าหุ้นของผู้กู้) ทั้งนี้จำนวนความรับผิด คือ ยอดเงินต้นที่เหลือ
(รวมดอกเบี้ยและอุปกรณ์แห่งหนี้เงินกู้นั้น) หักด้วยทรัพย์สิน และสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ของผู้กู้ที่มีอยู่กับผู้ให้กู้ทั้งหมดแล้วหักด้วยความรับผิดส่วน
แรกที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเอง

ข้าพเจ้าทราบและขอยืนยันว่าผู้กู้อยู่ในสถานะที่สามารถชำระคืนเงินต้นได้ และไม่ได้อยู่ในระหว่างการถูกตั้งกรรมการสอบสวน จากหน่วยงาน
หรือมีความเสี่ยงใด ๆ ทางการเงิน

ขอรับรองว่าคำแถลงข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ค้าประกัน 1

ลงชื่อ ผู้ค้าประกัน 2

ลงชื่อ ผู้ค้าประกัน 3

หนังสือยินยอมและเห็นชอบจากผู้กู้

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า สถานที่ทำงาน
..... จังหวัด เบอร์โทร เลขที่สมาชิก

ซึ่งเป็นผู้กู้เงินตามสัญญาเงินกู้ยืมเงินเลขที่ วันที่ จำนวนเงินกู้ บาท

ที่ได้ทำสัญญากู้ยืมเงินไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์การสื่อสารแห่งประเทศไทย จำกัด (สอ.กสท.) ในฐานะผู้ให้กู้ นั้น ข้าพเจ้าตกลงให้ความยินยอมดังนี้

1. ในกรณีที่ข้าพเจ้าผิดนัดชำระหนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ให้นำทรัพย์สินและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ของข้าพเจ้าที่มีอยู่กับผู้ให้กู้ทั้งหมด
มาหักชำระหนี้ค้างชำระได้ก่อนเป็นอันดับแรก
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทประกันภัยซึ่งชำระหนี้แทนผู้ค้าประกันมีสิทธิไล่เบี่ยเอาจากข้าพเจ้าได้ทันทีตามจำนวนเงินที่ได้ชำระใช้ไปนั้น
ในฐานะผู้ค้าประกันตามมาตรา 229, 693 และในฐานะผู้รับประกันภัยตามมาตรา 880 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ลงชื่อ ผู้กู้

(.....)

วันที่

* เอกสารฉบับนี้สามารถทำสำเนาได้ เมื่อได้รับการยินยอมจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายรับประกันภัยของบริษัทฯ หรือผู้ได้รับมอบอำนาจสำหรับโครงการนี้ เท่านั้น

ค่าเดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาที่ตนเป็นไมยยะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญา

ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

ใบคำขอเอาประกันภัยการประกันภัยผู้ค้าประกัน

ผู้เอาประกันภัย / ผู้ค้าประกัน

ทำที่ สอ.กสท.

วันที่ วว / คค / ปปป

ด้วยข้าพเจ้า / ผู้ค้าประกัน 1 : นายสหกรณ์ ออมทรัพย์ เลขที่สมาชิก XXXXX ตำแหน่ง (ตำแหน่ง) อายุงาน X ปี XX เดือน
เงินเดือน XX,XXX บาท เลขที่ประจำตัวประชาชน XXXX XXXXX XX X วตป.เกิด/คค/ปปปป สถานะสมรส ☒ สมรส ☐ โสด ☐ หย่า
บุตร คน สถานที่ทำงาน (รายละเอียดสถานที่ทำงาน) จังหวัดกรุงเทพฯ เบอร์โทร. 02-XXXXXXX และ
ข้าพเจ้า / ผู้ค้าประกัน 2 : นายอมทรัพย์ การสื่อสาร เลขที่สมาชิก XXXXX ตำแหน่ง (ตำแหน่ง) อายุงาน X ปี XX เดือน
เงินเดือน XX,XXX บาท เลขที่ประจำตัวประชาชน XXXX XXXXX XX X วตป.เกิด/คค/ปปปป สถานะสมรส ☒ สมรส ☐ โสด ☐ หย่า
บุตร คน สถานที่ทำงาน (รายละเอียดสถานที่ทำงาน) จังหวัดกรุงเทพฯ เบอร์โทร. 02-XXXXXXX และ
ข้าพเจ้า / ผู้ค้าประกัน 3 : นายการสื่อสาร ประเทศไทย เลขที่สมาชิก XXXXX ตำแหน่ง (ตำแหน่ง) อายุงาน X ปี XX เดือน
เงินเดือน XX,XXX บาท เลขที่ประจำตัวประชาชน XXXX XXXXX XX X วตป.เกิด/คค/ปปปป สถานะสมรส ☒ สมรส ☐ โสด ☐ หย่า
บุตร คน สถานที่ทำงาน (รายละเอียดสถานที่ทำงาน) จังหวัดกรุงเทพฯ เบอร์โทร. 02-XXXXXXX และ

รายละเอียดการทำประกันภัย

มีความประสงค์ที่จะเอาประกันความรับผิดชอบในนามของผู้ค้าประกันให้กับผู้ สำหรับจำนวนเงินกู้ที่ค้างชำระเกิน 2 งวดติดต่อกันตามสัญญา
ค้าประกันที่ตกลงกันไว้ และผู้ได้พ้นสภาพจากการเป็นสมาชิกของผู้ให้กู้แล้วเท่านั้น โดยสัญญาค้าประกันดังกล่าวต้องมีความผูกพันตามสัญญาเงินกู้ใน
โครงการเงินกู้สามัญเลขที่ XXXXXXXX วันที่ วว/คค/ปปปป จำนวนเงิน XXX,XXX (วงเงินกู้) บาท มีระยะเวลาชำระ
คืน XX งวด * จำนวนเงินเอาประกันภัย XXX,XXX บาท

(* จำนวนเงินเอาประกันภัย หมายถึง จำนวนเงินที่มีความเสี่ยงภัย คือ เงินกู้หักด้วยมูลค่าหุ้นของผู้) ทั้งนี้จำนวนความรับผิดชอบ คือ ยอดเงินต้นที่เหลือ
(รวมดอกเบี้ยและอุปกรณ์แห่งหนี้เงินกู้นั้น) หักด้วยทรัพย์สิน และสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ของผู้ที่มีอยู่กับผู้ให้กู้ทั้งหมดแล้วหักด้วยความรับผิดชอบ
แรกที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเอง

ข้าพเจ้าทราบและขอยืนยันว่าผู้กู้ยืมอยู่ในสถานะที่สามารถชำระคืนเงินต้นได้ และไม่ได้อยู่ในระหว่างการถูกตั้งกรรมการสอบสวนฯ จากหน่วยงาน
หรือมีความเสี่ยงใด ๆ ทางการเงิน

ขอรับรองว่าคำแถลงข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ นายสหกรณ์ ออมทรัพย์ ผู้ค้าประกัน 1

ลงชื่อ นายอมทรัพย์ การสื่อสาร ผู้ค้าประกัน 2

ลงชื่อ นายการสื่อสาร ประเทศไทย ผู้ค้าประกัน 3

หนังสือยินยอมและเห็นชอบจากผู้

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นายประเทศไทย สหกรณ์ สถานที่ทำงาน (รายละเอียดสถานที่ทำงาน)

..... จังหวัด กรุงเทพฯ เบอร์โทร. 02-XXXXXXX เลขที่สมาชิก XXXXX

ซึ่งเป็นผู้กู้เงินตามสัญญาเงินกู้ยืมเงินเลขที่ XXXXXXXX วันที่ วว/คค/ปปปป จำนวนเงินกู้ XXX,XXX บาท

ที่ได้ทำสัญญากู้ยืมเงินไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์การสื่อสารแห่งประเทศไทย จำกัด (สอ.กสท.) ในฐานะผู้ให้กู้ ข้าพเจ้าตกลงให้ความยินยอมดังนี้

1. ในกรณีที่ข้าพเจ้าผิดนัดชำระหนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ให้กู้นำทรัพย์สินและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ของข้าพเจ้าที่มีอยู่กับผู้ให้กู้ทั้งหมด
มาหักชำระหนี้ค้างชำระได้ก่อนเป็นอันดับแรก
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทประกันภัยซึ่งชำระหนี้แทนผู้ค้าประกันมีสิทธิไต่เบี่ยเอาจากข้าพเจ้าได้ทันทีตามจำนวนเงินที่ได้ชดใช้ไปนั้น
ในฐานะผู้ค้าประกันตามมาตรา 229, 693 และในฐานะผู้รับประกันภัยตามมาตรา 880 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

ลงชื่อ (ลงลายมือชื่อตัวบรรจง) ผู้

..... (.....)

วันที่ วว/คค/ปปปป

* เอกสารฉบับนี้สามารถทำสำเนาได้ เมื่อได้รับการยินยอมจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายรับประกันภัยของบริษัทฯ หรือผู้ได้รับมอบอำนาจสำหรับโครงการนี้ เท่านั้น

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญา

ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้