

ด่วนที่สุด

ที่ สอ.สส.ว. 82 /2561



สทอ.สส.ว.

ข้าราชการกรมสรรพสามิต จำกัด

ถนนนครไชยศรี กรุงเทพฯ 10300

29 มกราคม 2561

เรื่อง การทำประกันชีวิตกลุ่มให้กับสมาชิกสหกรณ์ฯ (สามัญ) กรณีเพิ่มทุนประกันชีวิตกลุ่ม 200,000.00 บาท (รายใหม่)

เรียน ผู้อำนวยการสำนักทุกสำนัก ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ นักวิชาการสรรพสามิตชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการกลุ่มตรวจสอบภายใน ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านวิศวกรรมทั่วไป ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านวิเคราะห์สินค้า เลขานุการกรม ผู้อำนวยการสำนักงานสรรพสามิตภาคสรรพสามิตพื้นที่ สรรพสามิตกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 - 5

อ้างอิง หนังสือสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ที่ สอ.สส.ว.73/2561 ลงวันที่ 19 มกราคม 2561

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก) จำนวน 2 ฉบับ
2. ตัวอย่างการกรอกเอกสารใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก) จำนวน 2 ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สทอ.สส.ว. ได้จัดทำสวัสดิการการประกันชีวิตกลุ่มให้กับสมาชิกสหกรณ์ฯ (สามัญ) กรณีเพิ่มทุนประกันชีวิต 200,000.00 บาท (สองแสนบาทถ้วน) ค่าเบี้ยประกันเพิ่มขึ้นต่อคนต่อปี คนละ 870.00 บาท (แปดร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) สมาชิกชำระเพิ่มเอง กับ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สำหรับปี พ.ศ. 2561 ระยะเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 - 31 ธันวาคม 2561 นั้น

สทอ.สส.ว. ขอเรียนว่า กรณีของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ (สามัญ) รายใหม่ ที่ประสงค์จะทำการประกันชีวิตกลุ่ม กรณีเพิ่มทุนประกันชีวิต 200,000.00 บาท (สองแสนบาทถ้วน) ต้องกรอกรายละเอียดข้อมูลในแบบฟอร์ม (สิ่งที่ส่งมาด้วย 1) ตามความเป็นจริงให้ครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ (หากไม่เป็นจริงถูกต้องครบถ้วน บริษัทฯ อาจปฏิเสธไม่รับทำประกันให้) ภายในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2561 พร้อมเอกสารประกอบดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรข้าราชการ พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา
2. สำเนารายงานการตรวจสุขภาพประจำปี (ถ้ามี) พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา
3. สำเนาหลักฐานประวัติการรักษาของสถานพยาบาลที่เคยรับการรักษา (กรณีที่เคยป่วย)

พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนา

/ทั้งนี้...

ทั้งนี้ สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะจัดส่งเอกสารให้กับบริษัทฯ ตรวจสอบก่อน หากตรวจสอบแล้วผ่านการรับทำประกัน สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะแจ้งรายชื่อให้ทราบ และขอให้เจ้าหน้าที่การเงินของสำนักงานฯ เก็บและรวบรวมเงิน รายละเอียด 870.00 บาท (แปดร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) เพื่อจัดส่งให้บริษัทฯ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาววิรวลย์ อนูรัตน์านนท์)

ผู้จัดการ

สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกรมสรรพสามิต จำกัด

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก)

ชื่อตัวแทน / นายหน้า กรมธรรม์เลขที่ กรณีไม่ต้องเคลงสุขภาพ ให้กรอกเฉพาะ: ส่วนที่ 1
 สมาชิกเลขที่ ชื่อกลุ่ม กรณีต้องเคลงสุขภาพ ให้กรอก ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
 พุ้อเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ม. 865

☺ พุ้อเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล
 เพศ ชาย หญิง | เชื้อชาติ | สัญชาติ
 ชื่อ-สกุล (เดิม)
 ชื่อ-สกุล ภรรยา/สามี
 สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
 วดปี เกิด อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา ปี
 เลขประจำตัวประชาชน
เอกสารที่ใช้แสดง
 บัตรประชาชน วันบัตรหมดอายุ
 หนังสือเดินทาง เลขที่
 วันหมดอายุ

🏠 ที่อยู่

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 ที่อยู่ปัจจุบัน
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 ชื่อ/ที่อยู่สถานที่ทำงาน

 จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 สถานที่ติดต่อ
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน | ที่อยู่ปัจจุบัน | สถานที่ทำงาน
 หมายเลขโทรศัพท์
 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน
 อีเมล

🚗 อาชีพ

อาชีพ / ตำแหน่ง / หน้าที่
 ประเภทธุรกิจ รายได้รวมต่อปี

📌 กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

กรณีระบุ ประเภทเงินกู้
 วงเงินกู้ บาท

📄 แบบประกันภัย

แบบประกันภัย ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี | จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท
 จำนวนเบี้ยประกันภัย บาท | จวดการชำระเบี้ยประกันภัยราย เดือน 3 เดือน 6 เดือน ปี

👤 ผู้รับประโยชน์ (*กรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคน และไม่ระบุร้อยละของผลประโยชน์ จะจ่ายผลประโยชน์ให้คนละเท่าๆกัน)

ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ <input type="text"/>	ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ <input type="text"/>
เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>	หรือ เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>
หนังสือเดินทาง เลขที่ <input type="text"/>	หรือ หนังสือเดินทาง เลขที่ <input type="text"/>
หรือ อายุ <input type="text"/> ปี	หรือ อายุ <input type="text"/> ปี
ที่อยู่ <input type="text"/>	ที่อยู่ <input type="text"/>
ความสัมพันธ์ <input type="text"/> ส่วนแบ่ง <input type="text"/> %	ความสัมพันธ์ <input type="text"/> ส่วนแบ่ง <input type="text"/> %

กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรมธรรม์ (สถาบันการเงิน / สหกรณ์) เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้างชำระ เงินผลประโยชน์ที่เหลือจะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ข้างต้น

📋 คำถามพื้อเอาประกันภัย

ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการยกเลิกคืนผู้สละสถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด ไม่เคย เคย

ชื่อบริษัท สาขา เมื่อวันที่
 ชื่อบริษัท สาขา เมื่อวันที่

หน้า 2

ข้อมูลสุขภาพ

- ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักของท่าน กก.เดิม เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก.
- ท่านเคยเสพยาเสพติดหรือสารเสพติดใดๆ หรือยาเกินขนาดหรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดหรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่ ไม่เคย เคย
- ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการวินิจฉัยและ/หรือรับการักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง หรือเนื้องอกของอวัยวะอื่นๆ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ โรคหลอดเลือด โรคเลือด โรคประสาท โรคหลอดเลือดในสมอง โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรควัณโรค โรคหอบหืด โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคชัก โรคจิต โรคข้ออักเสบ พิกัดทางร่างกาย โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ หากเคย ให้ระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ไม่เคย เคย

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและการป้องกัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากมีหรือแพทย์ได้โปรดระบุ)

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ไม่เคย เคย

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ เจ็บป่วย ได้รับการผ่าตัดปรึกษาแพทย์ ได้รับการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือได้รับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ไม่เคย เคย

อาการ	วัน / เดือน / ปี ที่ได้รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ: บิดา / มารดา
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

ตัวอย่างการกรอกแบบใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก)

ชื่อตัวแทน / นายหน้า

กรมธรรม์เลขที่

กรณีในชื่อของแหล่งผูกพัน (Person of Law) ส่วนที่ 1

สมาชิกเลขที่

ชื่อกลุ่ม

กรณีในชื่อของแหล่งผูกพัน (Person of Law) ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ออกใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มของสำนักงานคุ้มครองชีวิตประกันภัยฯ ขอแนะนำเรื่องข้อควรระวัง อาจจะเป็นเหตุให้ บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 509

ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล นางศรวิวรรณ สุขภาพดี
เพศ ชาย / หญิง | เชื้อชาติ ไทย | สัญชาติ ไทย
ชื่อ-สกุล (เดิม) น.ส.ศรวิวรรณ สุขใจ
ชื่อ-สกุล ครรณา/ลาบี นายรักสิทธิ์ สุขภาพ
สถานภาพ โสด / สมรส หมาย หย่า
วณปี เกิด 5 ม.ค. 05 อายุ ณ วันเกิดที่พบบน 54 ปี
เลขประจำตัวประชาชน 1100123456789
เอกสารที่ใช้แสดง
/ บัตรประชาชน วันบัตรหมดอายุ 4 ม.ค. 62
หนังสือเดินทาง เลขที่
วันหมดอายุ

ที่อยู่

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน 123 ซ.เพชรเกษม79 ถ.เพชรเกษม แขวง
จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10160
ที่อยู่ปัจจุบัน 45 ซ.บางบอน3 ถ.เอกชัย แขวงบางบอน
จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10150
ชื่อ/ที่อยู่สถานที่ทำงาน สำนักงานเลขานุการกรม กรมสรรพสามิต
1488 ถ.นครไชยศรี แขวงถนนนครไชยศรี เขตดุสิต
จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10400
สถานที่ติดต่อ
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน / ที่อยู่ปัจจุบัน / สถานที่ทำงาน
หมายเลขโทรศัพท์ 0 2415 5668
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 081 459 0012
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2241 5678
อีเมล sriwaw@hotmail.com

อาชีพ

อาชีพ / ตำแหน่ง / หน้าที่ รับราชการ / นักจัดการทั่วไป
ประเภทธุรกิจ ราชการ รายได้รวมต่อปี 300,000.-

กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

กรณีระบุ ประเภทเงินกู้
วงเงินกู้ บาท

แบบประกันภัย

แบบประกันภัย ประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี ระยะเวลาเอาประกันภัย 1 ปี | จำนวนเงินเอาประกันภัย 200,000.- บาท
จำนวนเบี้ยประกันภัย 870.- บาท | ช่วงการชำระเบี้ยประกันภัยราย เดือน 3 เดือน 6 เดือน / ปี

ผู้รับประโยชน์ (*กรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคน และ/หรือย่อยละของผลประโยชน์ จะจ่ายผลประโยชน์ให้คนละเท่าๆกัน)

ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกรมสรรพสามิต จำกัด	ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ -
เลขประจำตัวประชาชน หรือ	เลขประจำตัวประชาชน หรือ
หนังสือเดินทาง เลขที่ อายุ ปี	หนังสือเดินทาง เลขที่ อายุ ปี
ที่อยู่ 1488 ถ.นครไชยศรี แขวงถนนนครไชยศรี เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300	ที่อยู่ -
ความสัมพันธ์ - ส่วนแบ่ง 100 %	ความสัมพันธ์ - ส่วนแบ่ง - %

กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรมธรรม์ (สถานประกอบการ / สหกรณ์) เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำประกัน เงินผลประโยชน์ที่เหลือจะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ข้างต้น

คำถามผู้ขอเอาประกันภัย

ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลงคืนเงินค่าเอาประกันภัย หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด / ไม่เคย เคย

ชื่อบริษัท สาขา เมื่อวันที่
ชื่อบริษัท สาขา เมื่อวันที่

ข้อมูลสุขภาพ

- ส่วนสูง 158 ซม. | น้ำหนัก 56 กก. | ใบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักของท่าน / คงเดิม เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก.
- ท่านเคยเสพยาเสพติดหรือสารเสพติดใดๆ หรือยาสูบหรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดหรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่ / ไม่เคย เคย
- ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการวินิจฉัย/หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเมรัง หรือเนื้องอกของอวัยวะอื่นๆ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ โรคหลอดเลือด โรคเลือด โรคประสาท โรคหลอดเลือดในสมอง โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคฉับไธ โรคหอบหืด โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคชัก โรคจิต โรคข้ออักเสบ พิจาราร่างกาย โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ หากเคย ให้ระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง / ไม่เคย เคย

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคเช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง / ไม่เคย / เคย

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์
ตรวจสุขภาพ	10 ก.ค.58	โรงพยาบาลรามารินทร์	สุขภาพดี	-

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ เจ็บป่วย ได้รับการผ่าตัด รักษาแพทย์ ได้รับการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือได้รับการรักษาในสถานพยาบาล ที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง / ไม่เคย / เคย

อาการ	วัน / เดือน / ปี ที่ได้รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

ข้อความยืนยันโดยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ไร่ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ไร่ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการทำบัญชีธุรกิจประกันภัย

ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่ ที่อยู่ผู้เอาประกัน วันที่ 15 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559

ลงชื่อ ***ไม่ต้องกรอกบริษัทให้ตัวแทนกรอก*** พยาน ศรีวรรณ สุขภาพดี ลงชื่อ ศรีวรรณ สุขภาพดี ผู้ขอเอาประกันภัย
() (นางศรีวรรณ สุขภาพดี)

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ: บิดา / มารดา
() ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

กรุณาเขียนชื่อกำกับตรงที่มีการแก้ไข ชัดมา ขุดลบข้อความ