



ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้)

ชื่อ-นามสกุล
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. เชื้อชาติ สัญชาติ
 บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หนังสือเดินทาง เลขที่
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน อาคาร
เลขห้อง/ชั้นที่ ซอย ถนน
แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ อีเมล
อาชีพ ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป

2. รายละเอียดผู้รับประโยชน์

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

ลำดับที่ 1 : สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสกลนคร จำกัด (ชื่อองค์กรหรือสถาบันการเงิน ตามภาระผูกพัน) ลำดับที่ 1 : ผู้ให้กู้
ลำดับที่ 2 : ลำดับที่ 2 :

3. เลขที่สัญญาเงินกู้หรือสัญญาเช่าซื้อ :

4. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เท่ากับจำนวนเงินกู้) บาท ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ : ปี

5. โปรครระบุชื่อแผนประกันภัยที่ต้องการ (ถ้ามี) แผนประกันภัยที่

6. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.
(กรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับเมื่อได้ผ่านการพิจารณารับประกันภัยจากบริษัทฯ และมีการรับชำระเบี้ยประกันภัยเรียบร้อยแล้ว)

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว ใช่หรือไม่
 ใช่ โปรครระบุ ไม่ใช่

8. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุของโรค หรือบาดเจ็บร้ายแรง ใช่หรือไม่
 ใช่ โปรครระบุ ไม่ใช่

9. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคถุงลมโป่งพองในปอด วัณโรค โรคไตเรื้อรัง หรือไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหัวใจ หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็งทุกชนิด โรคตับแข็ง หรือตับอักเสบ จากเชื้อไวรัส B, C โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อเชื้อไวรัส HIV หรือโรคร้ายแรงอื่นใด หรือมีโรคประจำตัว ใช่หรือไม่
 ใช่ โปรครระบุ ไม่ใช่

10. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่
 ใช่ โปรครระบุ ไม่ใช่

11. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือเคยเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่
 ใช่ โปรครระบุ ไม่ใช่

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงคฺจะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยสงและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนดและหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ไม่มีประสงค์

คำรับรองของผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและประวัติสุขภาพที่แถลงข้างต้นนี้ถูกต้องและสมบูรณ์ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากคำแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จ หรือปกปิดไม่แจ้งข้อความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ และข้าพเจ้ามีความยินยอมในการให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กรสถาบัน หรือบุคคลใดที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจผลเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัส HIV หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) ทั้งนี้ข้อมูลและประวัติสุขภาพที่แถลงข้างต้นนี้บริษัทใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย

()

วัน/เดือน/ปี/...../.....

- ประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันวินาศภัย นายหน้าประกันวินาศภัย

..... ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ หรือการแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัย และ/หรือ ใช้สิทธิบอกล้างสัญญาได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865