

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก)

ชื่อตัวแทน / นายหน้า
 สมาชิกเลขที่

กรมธรรม์เลขที่

ชื่อกลุ่ม

กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ ให้กรอกเฉพาะ ส่วนที่ 1

กรณีต้องแถลงสุขภาพ ให้กรอก ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2



คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ม. 865



ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล

เพศ ชาย หญิง | เชื้อชาติ | สัญชาติ

ชื่อ-สกุล (เดิม)

ชื่อ-สกุล ภรรยา/สามี

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า

ว.ป เกิด อายุ ณ วันเกิดที่พามา 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



ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ติดต่อกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่พามาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือตัวแทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย



ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่

วันที่

เดือน

พ.ศ.

ลงชื่อ

พยาน

ลงชื่อ

ผู้ขอเอาประกันภัย

(

)

(

)

ลงชื่อ

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ:

บิดา / มารดา

(

)

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

FWD

เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต



ประกันสินเชื่อกับ FWD ดีอย่างไร ?

- ทุนประกันตั้งแต่ **50,000 – 4,000,000**
- อัตราเบี้ยประกัน
560 บาท ต่อทุนประกัน **100,000** บาท
คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณีและคุ้มครองทุพพลภาพถาวร
สิ้นเชิง
- ทุนประกันตั้งแต่ **50,000 – 4,000,000**
อัตราเบี้ยประกันเท่ากันทุกเพศ ทุกวัย
ทุกช่วงอายุ ทุนประกันไม่ปรับขึ้น
- รับความคุ้มครองต่อเนื่องจากบริษัทฯ เดิม
- สมาชิกใหม่ไม่ต้องกรอกใบคำขอเอาประกัน