

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม สำหรับผู้ขอเอาประกันภัยรายบุคคล (กรณีไม่แสดงสุขภาพ)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
ประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ
การแถลงข้อความอัน เป็นเท็จ หรือไม่เปิดเผยข้อความจริง อาจจะเป็นเหตุให้
บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกัน ภัยตาม
ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่.....
ใบรับรองเลขที่.....วันที่เริ่มมีผลบังคับ.....
ทุนประกันชีวิต.....ทุนประกันอุบัติเหตุ.....
ทุนประกันทุพพลภาพ.....
ประกันสุขภาพ แผน.....

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์(บริษัท/องค์กร).....
- ชื่อ-นามสกุลผู้ขอเอาประกันภัย.....ชื่อ-นามสกุลเดิม.....
 - เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
 - สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย
 - เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ ☐ อื่น ๆ ระบุ
เลขที่บัตร วันที่บัตรหมดอายุ สถานที่ออกบัตร.....
(กรณีใช้บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่น ๆ) โปรดระบุเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
 - สัญชาติ
- กรณีผู้ขอเอาประกันภัยมิได้เป็นพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ โปรดระบุผู้ขอเอาประกันภัยมีความสัมพันธ์เป็น
☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ อื่น ๆ ระบุ ของพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ ชื่อ
- วันที่เข้าทำงาน/เป็นสมาชิก.....ตำแหน่งและลักษณะงาน
- ที่อยู่ของผู้ขอเอาประกันภัย
 - ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ อีเมล
 - ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ อีเมล
 - ที่อยู่ทำงานเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ อีเมล
- ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง/อื่น ๆ ระบุ)
 -ความสัมพันธ์
 -ความสัมพันธ์
 -ความสัมพันธ์

การให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการขอเอาประกันภัย เพื่อใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร
ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่
กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วย
ภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

☐ ไม่มีความประสงค์

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงวันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนลงลายมือชื่อ ให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ลงชื่อ

()

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ

()

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา/มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)