



ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยพิบัติภัย

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้) ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว..... บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่..... สถานภาพ โสด สมรส หย่า หย่า วัน/เดือน/ปีเกิดอายุ.....ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง...../..... เชื้อชาติ/ สัญชาติ..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... อาชีพ..... ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน ที่อยู่..... โทรศัพท์.....	
2. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์: ลำดับที่ 1 : สหกรณ์ออมทรัพย์กรมประมง จำกัด (ตามการระบุทุกข้อ) ลำดับที่ 2 :	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : ลำดับที่ 1 : ผู้ให้กู้ ลำดับที่ 2 :
3. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เงินกู้ในสัญญาเงินกู้) : บาท ค่าเบี้ยประกันภัย บาท	ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ : ปี
4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.	
5. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่	
6. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรค หรือการบาดเจ็บร้ายแรงใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่	
7. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคหลอดเลือดหัวใจหรือมีเลือดคั่งคอไวรัส HIV โรคระบบภูมิคุ้มกัน เช่น เอชแอลอี โรคเลือด โรคหลอดเลือดดำอุดตัน โรคเกี่ยวกับสมอง โรคมะเร็ง โรคปอด โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร โรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่	
8. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่	
9. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือค็อกเคน หรือสิ่งมีนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <input type="radio"/> ไม่ใช่	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว	
วัน/เดือน/ปีที่ขอเอาประกันภัย..... ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย..... ()	
<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัยรายที่ <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตเลขที่.....	
คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะส่งผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้	



" ตัวอย่าง "

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยพิทักษ์ทุน	
<p>1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้)</p> <p>ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว <u>กัญญา</u> <u>วิเศษไชยเดช</u></p> <p>บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่ <u>9-9999-99999-99-9</u></p> <p>สถานภาพ โสด <u>(สมรส)</u> หม้าย หย่า</p> <p>วัน/เดือน/ปีเกิด <u>12.01.62</u> อายุ <u>...</u> ปี น้ำหนัก/ส่วนสูง <u>60 / 180</u> เชื้อชาติ / สัญชาติ <u>ไทย / ไทย</u></p> <p>ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ <u>50</u> หมู่ที่ <u>...</u> ตรอก/ซอย <u>...</u> ถนน <u>...</u> ตำบล/แขวง <u>วังเต่า</u></p> <p>อำเภอ/เขต <u>สุราษฎร์</u> จังหวัด <u>ภูเก็ต</u> รหัสไปรษณีย์ <u>10900</u> โทรศัพท์ <u>0819999999</u></p> <p>อาชีพ <u>ข้าราชการ</u> ตำแหน่ง <u>นักวิจัย การประมง ภูเก็ต</u></p> <p>สถานที่ทำงาน : ที่อยู่ <u>วิทยาลัยอาชีวศึกษาภูเก็ต, ภูเก็ต, ภูเก็ต, ภูเก็ต, ภูเก็ต</u> โทรศัพท์ <u>0899999999</u></p>	
<p>2. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์:</p> <p>ลำดับที่ 1 : <u>สหกรณ์ออมทรัพย์กรมประมง จำกัด</u> (ตามการระบุ)</p> <p>ลำดับที่ 2 : <u>นาง อภิญญา วิเศษไชยเดช</u></p>	<p>ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :</p> <p>ลำดับที่ 1 : <u>ผู้ให้กู้</u></p> <p>ลำดับที่ 2 : <u>ภรรยา</u></p>
<p>3. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เงินกู้ในสัญญาเงินกู้) : <u>ไม่ต้องการ</u> บาท</p> <p>ค่าเบี้ยประกันภัย <u>ไม่ต้องการ</u> บาท</p>	<p>ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ : <u>...</u> ปี</p>
<p>4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ <u>...</u> เวลา <u>...</u> น. สิ้นสุดวันที่ <u>...</u> เวลา <u>16.30</u> น.</p>	
<p>5. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <u>...</u> <input checked="" type="radio"/> ไม่ใช่ <u>กรมการประมงตามความจริง</u></p>	
<p>6. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรค หรือการบาดเจ็บร้ายแรงใช่หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <u>...</u> <input checked="" type="radio"/> ไม่ใช่ <u>กรมการประมงตามความจริง</u></p>	
<p>7. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคเขตรสหรือมีเลือดขาวคอไวรัส HIV โรคระบบภูมิคุ้มกัน เช่น เอชแอลซี โรคเลือด โรคหลอดเลือดอุดตัน โรคเกี่ยวกับสมอง โรคมะเร็ง โรคปอด โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร โรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวใช่หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <u>...</u> <input checked="" type="radio"/> ไม่ใช่ <u>กรมการประมงตามความจริง</u></p>	
<p>8. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือ ไม่สมบูรณ์ หรือมีความบกพร่องทางจิตใจใช่หรือไม่</p> <p><input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <u>...</u> <input checked="" type="radio"/> ไม่ใช่ <u>กรมการประมงตามความจริง</u></p>	
<p>9. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือคิมสุรา หรือสิ่งมีเมา หรือเครื่องคิมที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษากับเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ <u>...</u> <input checked="" type="radio"/> ไม่ใช่ <u>กรมการประมงตามความจริง</u></p>	
<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน)</p> <p>ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทหักเก็บ ไข่ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย</p> <p>เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว</p>	
<p>วันเดือนปีที่ขอเอาประกันภัย <u>...</u></p>	<p>ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย <u>กัญญา</u></p> <p>(นาย กัญญา วิเศษไชยเดช)</p>
<p><input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัยรายที่ <u>...</u> <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตเลขที่ <u>...</u></p>	
<p>คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)</p> <p>ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้</p>	