

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย**

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจเป็นเหตุให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

**ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย**

1. ชื่อ - สกุล (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ) นายชยัน รัชต์คุณ เพศ  ชาย  หญิง ส่วนสูง 175 ซม. น้ำหนัก 60 กก.  
 2. วัน เดือน ปีเกิด 28 มิถุนายน 2520 อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา - ปี สถานะ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  
 3. เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย เลขที่ประจำตัวประชาชน 1 3 4 2 1 - 8 9 9 2 3 - 4 5 - 1  
 4. ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่ 34 อาคาร/หมู่บ้าน 7 หมู่ที่ 3 ตรอก/ซอย -  
 ถนน งามวงศ์วาน แขวง/ตำบล ทุ่งสองห้อง เขต/อำเภอ หลักสี่  
 จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10210 โทรศัพท์ - โทรศัพท์มือถือ 081-999999  
 5. สถานที่ทำงาน การประชาสัมพันธ์ภาค ประเภทธุรกิจ -  
 อาชีพ - ตำแหน่ง - หน้าที่รับผิดชอบ -  
 ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีคนบุคคล, ห้างร้าน หรือบริษัทฯ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน

6. คนะบุคคล, ห้างร้าน, บริษัท - เลขที่ - อาคาร - หมู่ที่ -  
 ตรอก/ซอย - ถนน - แขวง/ตำบล - เขต/อำเภอ -  
 จังหวัด - รหัสไปรษณีย์ - โทรศัพท์ - โทรศัพท์มือถือ -  
 ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย -

7. แบบการประกันภัย

8. อัตราดอกเบี้ย (ประกัน)

9. ระยะเวลา (ปี)  
คุ้มครอง / ระยะกู้

10. จำนวนเงินเอาประกันภัย

11. เบี้ยประกันภัย(บาท)

12. ผู้รับประโยชน์

1	<u>สภกรรมการบริหารการประชาสัมพันธ์ จำกัด</u> / ความสัมพันธ์ <u>เจ้านาย</u>
2	<u>-</u> / ความสัมพันธ์ <u>-</u>
3	<u>-</u> / ความสัมพันธ์ <u>-</u>

13. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี  ไม่มี  วัณโรคส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพหรือ  ไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือ  ไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ  
 ใช่  ไม่ใช่ กรุณาระบุรายละเอียด -

14. ในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจหรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่  
 เคย  ไม่เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด (ชื่อสถานพยาบาล นายแพทย์ ชื่อโรค ผลการตรวจ ผลการรักษา และวันเดือนปี) -

15. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม) -

**ถ้อยแถลงและการมอบอำนาจ**

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อเท็จจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

กรณีผู้ชำระเบี้ยประกันเป็นคนบุคคล, ห้างร้านหรือบริษัทฯ

เขียนที่ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ ชยัน ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
 วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_ ( นายชยัน รัชต์คุณ ) ( \_\_\_\_\_ )  
 ผู้ขอเอาประกันภัย

**สำหรับเจ้าหน้าที่**

ผู้เอาประกันชำระค่าเบี้ยประกันแบบชำระครั้งเดียว  เป็นเงินสด  รวมในวงเงินกู้ ประเภทสินเชื่อ  ที่อยู่อาศัย  บุคคล  SME  ธุรกิจ  
 สัญญาเงินกู้เลขที่ \_\_\_\_\_ ยอดเงินกู้ ณ ปัจจุบัน \_\_\_\_\_ กรณีผู้ร่วมการระบุชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_