

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจเป็นเหตุให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ข้อมูลผู้ขอเอาประกันภัย

- ชื่อ - สกุล (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ) _____ เพศ ชาย หญิง ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก.
- วัน เดือน ปีเกิด _____ อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา _____ ปี สถานะ โสด สมรส หม้าย หย่า
- เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ เลขที่ประจำตัวประชาชน _____
- ที่อยู่ติดต่อได้ เลขที่ _____ อาคาร/หมู่บ้าน _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____
- สถานที่ทำงาน _____ ประเภทธุรกิจ _____ อาชีพ _____ ตำแหน่ง _____ หน้าที่รับผิดชอบ _____

ข้อมูลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีคนบุคคล, ห้างร้าน หรือบริษัทฯ เป็นผู้ชำระเบี้ยประกัน

- คนบุคคล, 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)

10. จำนวนเงินเอาประกันภัย

11. เบี้ยประกันภัย (บาท)

- ผู้รับประกันภัย 1 **สิทธิกรมออมทรัพย์การประปาส่วนภูมิภาค จำกัด** / ความสัมพันธ์ **เจ้าหนี้**
- _____ / ความสัมพันธ์ _____
- _____ / ความสัมพันธ์ _____

13. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี **ไม่มี** มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพหรือ **ไม่**ป่วยเป็นโรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใดๆ

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

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยหรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

กรณีผู้ชำระเบี้ยประกันเป็นคนบุคคล, ห้างร้านหรือบริษัทฯ

เขียนที่ _____
 วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ลงชื่อ _____
 (_____)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ _____
 (_____)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ผู้เอาประกันชำระค่าเบี้ยประกันแบบชำระครั้งเดียว เป็นเงินสด รวมในวงเงินกู้ ประเภทสินเชื่อ ที่อยู่อาศัย บุคคล SME ธุรกิจ
 สัญญาเงินกู้เลขที่ _____ ยอดเงินกู้ ณ ปัจจุบัน _____ กรณีผู้ร่วมกรมการระบุชื่อ-นามสกุล _____