ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ "สินเชื่อปลอดภัยพิเศษ" (ทุนคงที่)

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้)

ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่ .....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า วัน/เดือน/ปีเกิด .....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 : .....สหกรณ์ออมทรัพย์กรมปศุสัตว์ จำกัด..... (ตามภาระผูกพัน) ลำดับที่ 2 : .....-.....	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : ลำดับที่ 1 : ผู้ให้กู้ ลำดับที่ 2 : .....-.....
3. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เงินกู้ในสัญญาเงินกู้) : ..... บาท	ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ : ปี

4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ 31 ธันวาคม 2569 เวลา 24.00 น.

5. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

○ ใช่ โปรดระบุ ..... ○ ไม่ใช่

6. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรคใดๆ หรือการบาดเจ็บใดๆ ใช่หรือไม่

○ ใช่ โปรดระบุ ..... ○ ไม่ใช่

7. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเกี่ยวกับสมอง โรคมะเร็ง โรคปอด โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร หรือโรคอื่นใด หรือมีโรคประจำตัวใช่หรือไม่

○ใช่ โปรดระบุ ..... ○ ไม่ใช่

8. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่

○ ใช่ โปรดระบุ ..... ○ ไม่ใช่

9. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมึนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่

○ ใช่ โปรดระบุ ..... ○ ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผล เลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วัน/เดือน/ปี ที่ขอเอาประกันภัย..... ลงชื่อผู้ ขอเอาประกันภัย .....

( )

☐**ตัวแทนประกันวินาศภัย** ☐**นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้** ☐**ใบอนุญาตเลขที่**

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้