



ใบคำขอเอาประกันภัย	
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ "สินเชื่อบลอคภัยพิเศษ" (ทุนคงที่)	
1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้) นายวัน ที่เขียน ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว..... ☒ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่ 1111111111111 สถานภาพ ☐ โสด ☒ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า วัน/เดือน/ปีเกิด 01/01/25... น้ำหนัก/ส่วนสูง 163 / 50 เชื้อชาติ / สัญชาติ ไทย / ไทย ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 69/1 หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน พญาไท ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต ราชเทวี จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10400 โทรศัพท์ 089-2182324 อาชีพ รับราชการ ตำแหน่ง หัวหน้า สถานที่ทำงาน : ที่อยู่..... โทรศัพท์.....	
2. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์ : ลำดับที่ 1 : ชื่อสถาบันการเงิน..... (ตามการผูกพัน) ลำดับที่ 2 : -	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : ลำดับที่ 1 : ผู้ให้กู้ ลำดับที่ 2 :
3. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เงินกู้ในสัญญาเงินกู้) : 1,806,000 บาท ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ : 12.5 ปี	
4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่..... เวลา..... น. สิ้นสุดวันที่..... เวลา..... น.	
5. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ..... ☒ ไม่ใช่	
6. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรคใดๆ หรือการบาดเจ็บใดๆ ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ..... ☒ ไม่ใช่	
7. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเกี่ยวกับสมอง โรคกระเพาะ โรคปอด โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร หรือโรคอื่นใด หรือมีโรคประจำตัวหรือไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ..... ☒ ไม่ใช่	
8. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมบูรณ์ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ..... ☒ ไม่ใช่	
9. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมึนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ..... ☒ ไม่ใช่	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพ ร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย	
วัน/เดือน/ปีที่ขอเอาประกันภัย..... ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย วัน ที่เขียน (นายวัน ที่เขียน)	
☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ☐ โบราณเลขที่.....	
คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาที่ตนเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้	

