



บริษัท ทีพีพีประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
63/2 อาคาร บริษัท ทีพีพีประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ชั้น 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร.02-118-5555 โทรสาร 02-118-5601

ใบคำขอเอาประกันชีวิต
สำหรับการประกันชีวิตกลุ่ม แบบคุ้มครองสินเชื่อ

"โครงการ ประกันคุ้มครองวงเงินสินเชื่อ"
กรุณาเขียนหนังสือตัวบรรจง

ผู้เอาประกันภัยชำระ
ค่าเบี้ยประกันภัยให้กับ.....วันที่.....

ชื่อ-นามสกุล..... ชาย หญิง ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.
วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี สถานะ โสด สมรส อื่น ๆ อาชีพ.....
ชื่อสถานที่ทำงาน..... หน้าที่รับผิดชอบ.....
สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....
ที่อยู่บ้าน..... โทรศัพท์.....
เอกสารที่นำมาแสดง บัตรประจำตัวประชาชน / ข้าราชการ / ใบสำคัญต่างดาว / พาสปอร์ต เลขที่.....
ออกเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ณ อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....

ผู้รับผลประโยชน์ : 1. สหกรณ์ออมทรัพย์พนักงานธนาคารออมสิน จำกัด.....(เจ้าหนี้)
2. / ความสัมพันธ์..... 3. / ความสัมพันธ์.....

- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่เคย เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด) บริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....
- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค หรือท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่ ไม่เคย เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)
- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหัวใจ โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือด โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจ โรคไต โรคข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ โรคเลือด โรคต่อมไทรอยด์ผิดปกติ โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคกระดูกพรุนหรือภาวะกระดูกบาง โรคจิต พิการทางร่างกาย หรือไม่ ไม่เคย เคย(ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียดโรคที่เป็น สถานพยาบาลที่รักษา)
- ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ไม่เสพ/ไม่เคย เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี เลิกเสพเมื่อ.....
- ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี เลิกดื่มเมื่อ.....
- ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ไม่สูบ/ไม่เคย สูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ.....มว./วัน สูบมานาน.....ปี เลิกสูบเมื่อ.....

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต
การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการซึ่งหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ลงชื่อ
(ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย)
วันที่

สำหรับเจ้าหน้าที่.....
.....
ยอดเงินชดเชย/ยอดเงินกู้ ค่างชำระในขณะที่ขอเอาประกันภัย.....บาท ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้.....ปี
จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท หรือไม่เกินกว่ายอดเงินกู้ที่ได้รับอนุมัติ ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี
แบบอัตราดอกเบี้ย..... % อัตราเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว (ค่าคงที่)..... บาท ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย1,000 บาท
จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท งวดชำระเบี้ย ชำระครั้งเดียว จำนวนเบี้ยประกันเพิ่มเติมพิเศษ..... บาท

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจจะเป็นเหตุ ให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิตตาม ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 666