บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับผู้ถือกรมธรรม์
Group Application Form for Policyholder

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ ☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ชื่อตัวแทน/นายหน้า Agent/Broker _____ ใบอนุญาตเลขที่ License No. _____

1. ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) Applicant (Company name) _____

2. สำนักงานเลขที่ Office address No. _____ ซอย Soi _____ ถนน Road _____

ตำบล District _____ อำเภอ Sub-Province _____ จังหวัด Province _____

รหัสไปรษณีย์ Postcode _____ โทรศัพท์ Telephone No. _____

3. ลักษณะธุรกิจ Type of business _____

4. ขอบเขตการประกันภัย Insurance range ☐ ไม่รวมบริษัทในเครือ/สาขา excluding affiliated companies/branches ☐ รวมบริษัทในเครือ/สาขา โปรดระบุ Including affiliated companies/branches Please Specify

ชื่อบริษัท/Company name	สถานที่ตั้ง/Address	ลักษณะธุรกิจ/Type of Business

5. ประเภทของความคุ้มครอง / จำนวนเงินเอาประกันภัย
Type of coverage / Sum insured

แผนความคุ้มครอง	ทุน 100,000	ทุน 200,000	ทุน 300,000	ทุน 500,000	ทุน 700,000	ทุน 1,000,000
PA PLATINUM	P1 ☐	P2 ☐	P3 ☐	P4 ☐	P5 ☐	P6 ☐
PA CLASSIC	C1 ☐	C2 ☐	C3 ☐	C4 ☐	C5 ☐	C6 ☐

6. งวดการชำระเบี้ยประกันภัย ☐ รายปี ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ รายเดือน
Mode of premium payment Annual Semi-annual Quarterly Monthly

7. ผู้ขอเอาประกันภัยเคยทำประกันภัยไว้กับบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่
Has the applicant had insurance with other insurance companies before?

☐ เคยทำประกันภัยกับบริษัท _____ วันสิ้นสุดกรมธรรม์ _____
Yes, with Policy expiry date

☐ ไม่เคย
No

8. วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ _____
Policy effective date

9. คุณสมบัติของสมาชิกผู้มีสิทธิเข้าร่วมการประกันภัย
Qualifications of eligible members

สำหรับพนักงาน, ลูกจ้าง, สมาชิกที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรและมีอายุตั้งแต่ 16-64 ปี

10. เงื่อนไขพิเศษ

ผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการและยินยอมให้บริษัทนำข้อความที่แถลงไว้มาใช้ประกอบ การพิจารณาการรับประกันภัยได้

The applicant certifies that the above statement is true and gives consent to the Company to use this statement for the underwriting purpose.

ลงนาม ณ
Sign at _____

วัน/เดือน/ปี
Date/Month/Year _____

(_____)

ตำแหน่ง
Position _____

ผู้ขอเอาประกันภัย/Applicant

ประทับตราบริษัท /Company Logo

(_____)
พยาน/Witness

(_____)
พยาน/Witness