



☎:๐๒-๖๕๗๘๙๐๑ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

ชื่อองค์กร / บริษัท

☐ เป็นบริษัทในเครือของผู้ถือกรรมธรรม์

ใบคำขอเอาประกันชีวิต และสุขภาพพนักงาน สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัย

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

1. ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ) _____ เกิดวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ อายุ _____ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ _____ เชื้อชาติ _____ สัญชาติ _____ ศาสนา _____ ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก. สถานะ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ เป็นพนักงาน/ข้าราชการ/ลูกจ้างของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ตั้งแต่วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ตำแหน่ง/หน้าที่งานปัจจุบัน _____ ลังกัดแผนก/ฝ่าย _____ รหัสพนักงาน _____ ☐ เป็นคู่สมรส ☐ บุตร ของ(ชื่อสมาชิกหลัก) _____ ซึ่งเป็นพนักงาน/ข้าราชการ/ลูกจ้างของผู้ถือกรมธรรม์																							
2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ _____ อาคาร / หมู่บ้าน _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____																							
3. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ _____ อาคาร/หมู่บ้าน _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ อีเมล _____																							
4. ผู้รับผลประโยชน์ ก.กรณีเป็นคู่สมรส/บุตร ไม่ต้องกรอกส่วนนี้ พนักงานจะเป็นผู้รับประโยชน์ ข.ถ้ามิได้รับรายละเอียดของผลประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">ชื่อ / นามสกุล</th> <th style="width: 25%;">ความสัมพันธ์</th> <th style="width: 25%;">ร้อยละของผลประโยชน์</th> <th style="width: 25%;">ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				ชื่อ / นามสกุล	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์	ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์																
ชื่อ / นามสกุล	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์	ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์																				
5. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าเจ็บป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่ หากเคยกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ ☐ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์ / อัมพาต โรคจิต โรคประสาท ☐ โรควัณโรค โรคถุงลมโป่งพอง โรคชัก โรคหอบหืด ☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ☐ โรคต่อมไทรอยด์โต โรคมะเร็ง โรคเนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ ☐ โรคเอดส์ / ภูมิคุ้มกันบกพร่องและคู่สมรสของข้าพเจ้าไม่เคยเป็นหรือตรวจพบว่าเป็นโรคเอดส์ / ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ☐ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคติชาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจ ☐ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ☐ โรคเอสแอลอี โรคเลือด โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ ☐ โรคสลายตาพิการ โรคพิการทางร่างกาย กรณีที่เคยเป็นโรคใด โรคหนึ่งข้างต้น กรุณาระบุ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">โรค</th> <th style="width: 25%;">วันเดือนปีที่รักษา</th> <th style="width: 25%;">สถานที่รักษา</th> <th style="width: 25%;">การรักษา</th> <th style="width: 25%;">อาการในปัจจุบัน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				โรค	วันเดือนปีที่รักษา	สถานที่รักษา	การรักษา	อาการในปัจจุบัน															
โรค	วันเดือนปีที่รักษา	สถานที่รักษา	การรักษา	อาการในปัจจุบัน																			
6. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ หรือการเข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาลหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดอาการ _____ วันเดือนปี _____ ชื่อสถานพยาบาล _____ การรักษา _____ อาการในปัจจุบัน _____																							
7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขในการรับประกัน หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกัน หรือถูกเลื่อนการพิจารณาการรับประกัน หรือต่ออายุสัญญาประกันชีวิต ประกันสุขภาพใดๆ หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุชื่อบริษัท _____ สาเหตุ _____ วันเดือนปี _____																							
8. (คำถามข้อนี้เฉพาะผู้ขอเอาประกันภัยที่ต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ) ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค กรดไหลย้อน หรือโรคนี้ หรือโรคถุงน้ำดีอักเสบ หรือโรคไส้เลื่อน หรือโรคกระดูกสันหลังเคลื่อน หรือโรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท หรือโรคข้อเสื่อม หรือ โรคเส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย หากเคยกรุณาระบุ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">โรค</th> <th style="width: 25%;">วันเดือนปีที่รักษา</th> <th style="width: 25%;">สถานที่รักษา</th> <th style="width: 25%;">การรักษา</th> <th style="width: 25%;">อาการในปัจจุบัน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				โรค	วันเดือนปีที่รักษา	สถานที่รักษา	การรักษา	อาการในปัจจุบัน															
โรค	วันเดือนปีที่รักษา	สถานที่รักษา	การรักษา	อาการในปัจจุบัน																			
การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม 1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสอบสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ 2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือ สถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ 3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ ทางทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้																							
วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ (ลงชื่อ) _____ (_____) ผู้ขอเอาประกันภัย		วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ (ลงชื่อ) _____ (_____) พนักงาน / ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุน้อยกว่า 20 ปี)																					