

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับสมาชิก (Application for Group Term Life for Member)

ผู้ถือกรมธรรม์ (Policyholder)
กรมธรรม์เลขที่ (Policy No.)

แบบชำระระยะเวลา
Group Yearly Renewable Term

ชื่อ-นามสกุล (Name-Last name).....เพศ (Sex) ชาย (Male) หญิง (Female)
ส่วนสูง (Height) ซม. (cms.) น้ำหนัก (Weight) กก. (kgs.) วันเดือนปีเกิด (Date of Birth).....
อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา (Age).....ปี (yrs.) สถานภาพ (Status) โสด (Single) สมรส (Married) อื่นๆ (Others).....
บัตรประชาชนเลขที่ (ID No./Passport No.).....วันออกบัตร (Issued Date).....สถานที่ออกบัตร (Issued Place).....
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ (Contact Address).....โทร. (Tel.).....
อาชีพ (Occupation).....ตำแหน่ง (Position)
หน้าที่รับผิดชอบ (Responsibility).....รายได้ต่อเดือน (Monthly Income/Salary).....
กรณีสมัครในฐานะคู่สมรส / บุตรของพนักงาน / สมาชิก (If the applicant is not an employee or member, please indicate status of applicant)
สมัครในฐานะ (Applied as) คู่สมรส (Spouse) บุตรของ (Child of).....

ความคุ้มครอง (Coverage)	ชื่อผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiaries)	ความสัมพันธ์ (Relationship)	สัดส่วน (Proportion)
.....
.....
.....

1. ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยสาเหตุโรคหรือบาดเจ็บร้ายแรงนั้นหรือไม่ (Have you ever been injured or had a serious injury, or been treated in a hospital or clinic as a result of serious injury during the past 2 years?)
 เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please identify)..... ไม่เคย (No)
2. ท่านเคยเป็นหรือทราบว่าท่านเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ การตรวจ และ/หรือการรักษาโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต โรคหอบหืด โรคเมะเร็ง โรคเลือด โรคทางสมอง โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่ (Have you ever been treated for or doctors recommendation that you have a heart disease, high blood pressure, diabetes mellitus, liver disease, kidney disease, asthma, cancer, blood disease, cerebral disease, AIDS(HIV positive), or serious disease?)
 เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please identify)..... ไม่เคย (No)
3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือการได้รับโรคร้ายไข้เจ็บ หรือได้รับคำแนะนำจากนายแพทย์ ให้ผ่าตัดเช่นนั้นหรือไม่ (Have you ever had or been advised from doctor to have surgical operation?)
 เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please identify)..... ไม่เคย (No)
4. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บร้ายแรงใช้หรือไม่ (At present, are you suffering from any illness or injury?)
 ใช่ โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please identify)..... ไม่ใช่ (No)
5. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (Do you have any underlying diseases ?)
 มี โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please identify)..... ไม่มี (No)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นความจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า ให้แก่ บริษัท รณชาติประกันชีวิต จำกัด I hereby certify that the statements or answers I have given herein are true and factual and complete to my best knowledge. I permit any doctor, hospital or any other organization who have my health history records to disclose them to Thanachart Life Assurance Co., Ltd.

ลงชื่อ (Signature)..... พยาน (Witness / Broker / Agent)
วันที่ (Date).....

ลงชื่อ (Signature)..... ผู้ขอเอาประกัน (Applicant)
วันที่ (Date).....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันก็ควรตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ การแถลงข้อความใด ๆ ไม่ตรงกับความจริง อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 Note from Office of Insurance Commission Important Note Pursuant to : Civil & Commercial codes, section No.865, you are to disclose in this proposal form, fully and faithfully, all the fact which you know or ought to know, otherwise the policy issued here may be void.