



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 0 2044 4000 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
เลขทะเบียนบริษัท 4 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

ใบคำขอลาประกันภัยกลุ่มสหกรณ์

ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม GL0809COOP

สหกรณ์ออมทรัพย์พนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค จำกัด

เลขที่ 81001626

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

- ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ) นายสหกรณ์ ออมทรัพย์
วันเดือนปีเกิด 19 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2537 อายุ 25 ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
ส่วนสูง 180 ซม. น้ำหนัก 80 กก. ตำแหน่งหน้าที่ ผู้บริการสหกรณ์ออมทรัพย์ สังกัด เขตจตุจักร
มีความเกี่ยวข้องกับ สอ.กฟภ. โดยเป็น สมาชิกของ สอ.กฟภ. เลขทะเบียนสมาชิก 011120
 บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร ของสมาชิก ชื่อ นามสกุล
เลขทะเบียนสมาชิก
- สมาชิกของ สอ.กฟภ. มิได้กู้เงินกับ
- ได้กู้เงินไว้กับ สอ.กฟภ. เลขที่คำขอกู้ จำนวนเงินกู้ บาท
3. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ 200 ชื่อหมู่บ้าน/อาคาร 3 ชั้น 1 ชอย
ถนน งามวงศ์วาน ตำบล ลาดยาว อำเภอ จตุจักร
จังหวัด กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10900 โทรศัพท์ 029531201-6
- แบบประกันภัยที่ต้องการ

แผนประกันภัย	ความคุ้มครอง

5. ผู้รับผลประโยชน์ สหกรณ์ออมทรัพย์พนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค จำกัด ความสัมพันธ์ เจ้าหนี้

- | | | |
|---|--|---|
| 6. ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการต่ออายุกรมธรรม์ชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณาหรือเพิ่มเบี้ยประกันภัยหรือมีข้อจำกัด หรือแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 7. ท่านเคยเป็นวัณโรค โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือ โรคเกี่ยวกับสมองหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input checked="" type="checkbox"/> เคย |
| 8. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุราหรือสิ่งมีนเมาหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 9. ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยปรึกษาแพทย์ เข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือสถาบันใดที่คล้ายคลึงกันหรือไม่ | <input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |

หากตอบคำถามใน ข้อ 6 -9 เป็นคำตอบรับว่า "เคย" โปรดกรอกแบบสอบถามแสดงสุขภาพด้านล่างเพิ่มเติม

- ท่านได้รับการตรวจร่างกายที่ โรงพยาบาลนนทเวช เมื่อ 1 ม.ค. 2561
- ท่านมีอาการหรือสาเหตุอย่างไรก่อนไปรับการตรวจ ตรวจสุขภาพประจำปี
- แพทย์แจ้งผลการตรวจเป็นอย่างไร มีสิ่งผิดปกติหรือไม่ ผลตรวจปกติ
- ท่านได้รับการรักษาหรือไม่ หรือได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าใช่โปรดให้รายละเอียด ไม่
- ท่านอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลากี่วัน - หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วแพทย์นัดให้ไปพบอีกหรือไม่ หรือมีอาการผิดปกติต้องไปพบแพทย์อีกหรือไม่ อย่างไร ไม่มี
- เมื่อใด -
- ปัจจุบันท่านยังคงได้รับการรักษาหรือไม่ ไม่ ถ้ายังได้รับการรักษา ไปพบแพทย์ทุก เดือน หรือ โดยวิธี ถ้าหยุดการรักษาแล้ว ตั้งแต่เมื่อใด หลังจากตรวจสุขภาพ
- อาการปัจจุบันเป็นอย่างไร ปกติ

7. กรณีเป็นโรคเบาหวาน กรุณาระบุระดับน้ำตาลครั้งแรกที่ตรวจรักษา
และระดับน้ำตาลปัจจุบัน
กรณีเป็นโรคความดันโลหิตสูง กรุณาระบุค่าความดันปัจจุบัน / mmHg
กรณีทานยาลดความดันโลหิตสูง ทานยาลดไขมัน จำนวนแก้วที่ดื่มต่อวัน

การให้อภัยค่า การให้ความยินยอม และการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่า ถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัท ฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้าแจ้งมอบข้อมูลหรือประวัติการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา โภชเภสัช หรือการรักษา และสำเนาบันทึกทางการแพทย์ใดๆ ของข้าพเจ้า ต่อบริษัทกรุงเทพ-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัท ฯ ได้ และสำเนาภาพถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือมีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับและข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือ จ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้ากับบริษัทอื่นได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ซึ่งรวมทั้งบริษัทใด ๆ ในเครือบริษัท ไม่ว่าจะอยู่ในหรือนอกประเทศไทยก็ตาม ใช้ เปิดเผย หรือโอน ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดที่เกี่ยวกับข้าพเจ้า (ไม่ว่าข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่นจะเป็นผู้ให้ข้อมูลนั้น) ให้แก่บุคคลใด ๆ ทั้งในและ/หรือนอกประเทศไทยเพื่อวัตถุประสงค์ใด ๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ คำสั่งศาล คำร้องขอใด ๆ หรือคำสั่งของหน่วยงานกำกับดูแลใด ๆ และ/หรือเพื่อการดำเนินการ การพัฒนาการประกอบการของบริษัท

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

นายหน้า/ตัวแทนได้ตรวจสอบต้นฉบับของเอกสารแสดงตนของผู้ขอเอาประกันภัย และเห็นว่าตรงกับสำเนาภาพถ่ายเอกสารที่ส่งมอบให้แก่บริษัท

ลงชื่อ
()
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ
()
พยาน

ลงชื่อ
()
พยาน

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ลงชื่อเป็นพยานด้วย)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. เลขทะเบียนสมาชิก

สังกัด ยินยอมให้สหกรณ์หักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตกลุ่มของผู้ขอเอาประกันภัยซึ่งเกี่ยวข้องเป็น ของข้าพเจ้า

- เอกสารแนบ
- 1.สำเนาบัตรประชาชน
 - 2.สำเนาทะเบียนบ้าน
 - 3.กรณีคู่สมรสแนบบัตรประชาชนคู่สมรส ทะเบียนบ้าน

ลงชื่อ
()
ผู้ให้คำยินยอม