



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400  
Tns. 0 2247 0247 Tnsars 0 2246 9946  
www.thaiflife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ  
ประกันภัย (สปก.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง  
ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต  
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวล  
กฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)
กรมธรรม์เลขที่
หนังสือรับรองเลขที่
จำนวนเงินเอาประกันชีวิต.....
จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....
จำนวนเงินเอาประกันทุพพลภาพ.....
ประกันสุขภาพแผน.....

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับพนักงาน / ลูกจ้าง / สมาชิก

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร / บริษัท).....
- ชื่อ-สกุล สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย  นาย  นาง  นางสาว.....  
- กรณีผู้สมัครขอเอาประกันภัยไม่ใช่พนักงาน มีความสัมพันธ์เป็น  คู่สมรส  บุตร ของพนักงานชื่อ-สกุล.....
- อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.  
เพศ  ชาย  หญิง สถานภาพ:  โสด  สมรส  หย่า  หม้าย
- เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  ใบสำคัญต่างตัว เลขที่.....  
วันที่ออกบัตร.....วันที่บัตรหมดอายุ.....สถานที่ออกบัตร.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....
- วันที่เข้าทำงาน.....ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ.....
- ผู้รับประโยชน์: ได้แก่  
ชื่อ - สกุล..... ความสัมพันธ์.....  
ชื่อ - สกุล..... ความสัมพันธ์.....  
ชื่อ - สกุล..... ความสัมพันธ์.....
- (ก) ท่านเคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน  ไม่เคย  เคย  
โรคตับ โรคความดันโลหิต โรคปอด โรคไต โรคมะเร็ง โรคเกี่ยวกับสมอง/ระบบประสาท  
โรคถุงส่วด หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่
- (ข) ในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวใน  ไม่เคย  เคย  
โรงพยาบาล / สถานพยาบาล หรือไม่
- (ค) ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่  ไม่เคย  เคย
- (ง) ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บใช่หรือไม่  ไม่ใช่  ใช่
- (จ) ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกัน เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับ  ไม่เคย  เคย  
การขอเอาประกันภัย หรือการต่ออายุกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
- (ฉ) ท่านมีร่างกายส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่  ไม่มี  มี

ถ้าตอบคำถามข้อ 8 (ก-ฉ) เป็นการตอบรับ โปรดให้รายละเอียดข้างท้ายนี้ โดยอ้างอิงข้อที่เป็นคำถามด้วย

โรคหรืออาการที่เป็น.....เริ่มเป็นเมื่อ.....  
วัน / เดือน / ปี ที่รักษา.....ระยะเวลารักษา.....วัน ผลการรักษาปัจจุบันเป็นอย่างไร.....  
ชื่อแพทย์.....สถานพยาบาล.....  
อื่นๆ.....



9 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- (ก) ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดำเนินการตรวจสอบหรือสืบสวน ตลอดจนนำข้อเท็จจริงที่แถลงไว้ มาใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัยได้
- (ข) ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า หรือที่จะทำการรักษาหรือทำการตรวจข้าพเจ้าต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง หรือเรื่องที่ได้รับทราบจากการรักษาหรือตรวจข้าพเจ้าให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบหรือให้บริษัทประกันภัยอื่นทราบเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- (ค) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

( )

ผู้แถลงและให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม  
ของผู้เอาประกันภัย

( กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ )

สำหรับบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

การตรวจสอบและพิจารณา

การอนุมัติรับประกัน

วันเริ่มประกันภัย .....วันครบรอบปี .....

บันทึกการแก้ไข / การเปลี่ยนแปลง