



บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ชั้น 1, 3, 4, 5 และ 8 ถนนพระราม 9
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 02-118-5555 โทรสาร 02-118-5601

ใบคำขอเอาประกันชีวิต สำหรับการประกันชีวิตกลุ่ม แบบคุ้มครองเงินเชื่อ

“โครงการ.....”

กรุณาเขียนหนังสือตัวบรรจง

ผู้เอาประกันฯ ขอชำระค่าเบี้ยประกันฯ ให้กับ.....วันที่.....
ชื่อ-นามสกุล.....☐ ชาย ☐ หญิง ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.
วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี สถานะ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ อื่นๆ..... อาชีพ.....
ชื่อสถานที่ทำงาน..... หน้าที่รับผิดชอบ.....
สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....
ที่อยู่บ้าน..... โทรศัพท์.....
เอกสารที่นำมาแสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน / ข้าราชการ / ใบสำคัญต่างตัว / พาสปอร์ต เลขที่.....
ออกเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ณ อำเภอ / เขต..... จังหวัด.....

สหกรณ์ออมทรัพย์การช่างแห่งประเทศไทย จำกัด
ผู้รับผลประโยชน์ : (เจ้าหนี้) 2. / ความสัมพันธ์
3. / ความสัมพันธ์

- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด) บริษัท..... สาเหตุ..... เมื่อใด.....
- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค หรือท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การรักษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)
- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคมะเร็ง โรคเนื้องอก โรคกระดูกพรุน โรคติดเชื้อ โรคจิต พิการทางร่างกาย หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียดโรคที่เป็น สถานพยาบาลที่รักษา)
- ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☐ ไม่เสพ/ไม่เคย ☐ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ..... ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์..... เสพมานาน..... ปี ☐ เลิกเสพเมื่อ.....
- ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ..... ชนิด/ครั้ง ความถี่..... ครั้ง/สัปดาห์..... ดื่มมานาน..... ปี ☐ เลิกดื่มเมื่อ.....
- ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ สูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ..... มวน/วัน สูบมานาน..... ปี ☐ เลิกสูบเมื่อ.....
- ผู้ขอเอาประกันฯ ประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ ☐ ไม่มีความประสงค์ ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรที่กำหนด และหากผู้ขอเอาประกันฯ เป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการซึ่งหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทฯ อาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยก่อนหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ลงชื่อ.....

(ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย)

วันที่.....

สำหรับเจ้าหน้าที่.....

ยอดเงินขอกู้/ยอดเงินกู้ ดังจะระบุในขณะที่ยื่นเอาประกันภัย.....บาท ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้.....ปี
จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท หรือไม่เกินกว่ายอดเงินกู้ที่ได้รับอนุมัติ ระยะเวลาเอาประกันภัย.....ปี
แบบอัตราดอกเบี้ย..... % อัตราเบี้ยประกันฯ ครั้งเดียว (ค่าคงที่)..... บาท ต่อจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000 บาท
จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท วงคัชำระเบี้ย ชำระครั้งเดียว จำนวนเบี้ยประกันเพิ่มเติมพิเศษ..... บาท

คำเตือนเรื่องสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การไม่เปิดเผยข้อเท็จจริงใดๆ อาจส่งผลให้ผู้ขอเอาประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายค่าเงินคืนในภายหลัง หากผู้ขอเอาประกันชีวิตมีความ

ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำกรรมธรรม์ประกันภัย แบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทกลุ่ม
กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง*

ตามที่ข้าพเจ้า.....ได้ยื่นขอเอาประกันชีวิตตามเอกสารอ้างอิง (ใบคำขอเอาประกันชีวิต / เอกสารเสนอขาย / บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือสัญญาเงินกู้ / เอกสารอ้างอิงอื่นใด) (ถ้ามี) เลขที่.....กับ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และได้ให้รายละเอียดไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตแล้ว นั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อจากผู้ขายแล้วว่า มีรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ 2 ประเภท ได้แก่

คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน
การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ จำนวนเบี้ยประกันภัยจะสูงกว่า
การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ข้อควรทราบที่สำคัญ

1. การทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ
2. **ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย แล้วแต่กรณี มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัย ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิต โดยจะได้รับเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริง และค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท (ถ้ามี) ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัยฉบับนี้
3. หากผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ขอยกเลิกการประกันภัยภายหลังจากพ้นระยะเวลาตามข้อ 2 ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย จะได้รับเงินค่าเวนคืนตามตารางมูลค่ากรรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยได้ชำระไว้

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัย

โปรดติดต่อสำนักงาน คปภ. โทร. 02-515-3996-9 หรือ สายด่วนประกันภัย โทร. 1186

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งรับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับรูปแบบการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเอาประกันภัย ประเภท

☒ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่

.....ลงนาม

()

ผู้ขาย (ตัวแทน / นายหน้าประกันชีวิต)

☐ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

.....ลงนาม

()

ผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่.....เวลา.....น.

หมายเหตุ

*กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง หมายถึง จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ตลอดอายุกรรมธรรม์ ในขณะที่หนี้สินคงค้างลดลงตามจำนวนเงินที่ได้ชำระแล้ว

**คำว่า ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย บริษัทสามารถกำหนดข้อความสอดคล้องกับเงื่อนไขของกรรมธรรม์ประกันภัย

แบบฟอร์ม

การตรวจสอบหลักฐานและรับรองความถูกต้องข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่
(กรณีขายแบบพบหน้า และผลิตภัณฑ์ ช่องทางที่มีความเสี่ยง ต่ำ)

วันที่ _____

สำหรับผู้ขอเอาประกันชีวิต

ชื่อผลิตภัณฑ์ **ประกันคุ้มครองสินเชื่อ**

ชื่อผลิตภัณฑ์ _____

ชื่อ _____ นามสกุล _____ วัน เดือน ปีเกิด _____

เลขประจำตัวประชาชน _____ เลขหลังประชาชน Laser Code _____

ลงนาม _____

(ผู้ขอเอาประกันชีวิต)

สำหรับเจ้าหน้าที่

1. เปรียบเทียบใบหน้ากับรูปบนบัตรประชาชนเป็นบุคคลเดียวกัน ☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่

2. ตรวจสอบวันหมดอายุบัตร ☒ ไม่หมดอายุ (ระบุวันที่) _____ ☐ หมดอายุ (ระบุวันที่) _____

**กรณีบัตรประจำตัวประชาชน เสียหาย ขำรุต หรือ หมดอายุให้ดำเนินการ ดังนี้

1. แจ้งให้ลูกค้าทำบัตรประจำตัวประชาชนใบใหม่ หรือ

2. ให้นำข้อมูลบนบัตรประจำตัวประชาชนตรวจสอบกับระบบการตรวจสอบทางอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงาน

ภาครัฐ และขอเอกสารเพิ่มเติมโดยเอกสารที่ขอต้องเป็นเอกสารที่ออกโดยหน่วยงานทางการ เช่น ทะเบียนบ้าน หรือ
ใบขับขี่ เป็นต้น

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ได้ตรวจสอบหลักฐานการแสดงตนของผู้ขอเอาประกันชีวิตครบถ้วน ถูกต้องแล้ว

ลงนาม _____

(เจ้าหน้าที่)

ข้อปฏิบัติ

บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในแบบฟอร์มนี้ไว้ใช้สำหรับลูกค้าที่ซื้อประกันชีวิตแบบพบหน้าเท่านั้น ไม่สามารถใช้สำหรับลูกค้าที่ซื้อประกันชีวิตแบบออนไลน์ได้
หากลูกค้ามีข้อสงสัย กรุณาติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า โทร. 1676 หรือ 02-060-0000