ทิพยประกันภัย
DHIPAYA INSURANCE
ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ "สินเชื่อปลอดภัย"

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้)

ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่ .....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ ม่าย ☐ หย่า

วัน/เดือน/ปีเกิด ..... น้ำหนัก/ส่วนสูง ...../..... เชื้อชาติ / สัญชาติ ...../.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ .....หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

อาชีพ ..... ตำแหน่ง .....

สถานที่ทำงาน : ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....

2. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์ : **สหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด** ลำดับที่ 1 : .....ชื่อสถาบันการเงิน..... (ตามภาระผูกพัน) ลำดับที่ 2 :	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : ลำดับที่ 1 : ผู้ให้กู้ ลำดับที่ 2 : .....
3. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เงินกู้ในสัญญาเงินกู้) : ..... บาท	ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ : ปี

4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.

5. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

○ ใช่ โปรดระบุ ..... ○ ไม่ใช่

6. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรคใดๆ หรือการบาดเจ็บใดๆ ใช่หรือไม่

○ ใช่ โปรดระบุ ..... ○ ไม่ใช่

7. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเกี่ยวกับสมอง โรคมะเร็ง โรคปอด โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร หรือโรคอื่นใด หรือมีโรคประจำตัวใช่หรือไม่

○ ใช่ โปรดระบุ ..... ○ ไม่ใช่

8. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่

○ ใช่ โปรดระบุ ..... ○ ไม่ใช่

9. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมึนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่ ○ ใช่ โปรดระบุ ..... ○ ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพ ร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIVให้แก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

วัน/เดือน/ปีที่ขอเอาประกันภัย..... ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย .....

( )

☐ **ตัวแทนประกันวินาศภัย** ☐ **นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้** ☐ **ใบอนุญาตเลขที่**

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) DHIPAYA INSURANCE PUBLIC CO.,LTD. Tel: +66(0) 2248 0059. 2239 2943
63/2 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
63/2 Rama 9 Road, Huay Kwang, Bangkok 10310 Thailand
Fax: +66 (0) 22392049
www.dhipaya.co.th