



สำหรับ  สมาชิก  คู่สมรส  บุตร  บิดา  มารดา  บิดา(คู่สมรส)  มารดา(คู่สมรส)

สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (สร.กฟผ.)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันชีวิต ต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

- 1 ชื่อ - นามสกุล นาย/นาง/น.ส./ด.ช./ด.ญ./.....
- ว/ด/ป เกิด..... อายุ..... ปี สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....
- เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....เลขพนักงาน กฟผ.....
- วันที่ออกบัตร .....วันบัตรหมดอายุ .....
- ส่วนสูง..... เซนติเมตร น้ำหนัก..... กิโลกรัม

**เฉพาะเจ้าหน้าที่ บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

โทรศัพท์ 0 2777 8457-56 โทรสาร 0 2777 8439

เลขที่กรมธรรม์.....ใบรับรองเลขที่.....

จำนวนเงินเอาประกันภัยที่อนุมัติ.....บาท

วันที่มีผลบังคับ.....

ลงชื่อ .....

ชื่อ - นามสกุล สมาชิก (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยไม่ใช่สมาชิก)..... เลขสมาชิก.....

- 2 สถานที่อยู่อาศัย ตามบัตรประชาชน ที่อยู่นั้น.....
- 3 จำนวนเงินเอาประกันภัย  200,000 บาท  500,000 บาท  เพิ่มทุนเป็น 500,000 บาท

4	ข้าพเจ้าเคยเป็น ทราบว่าเป็น ได้รับคำแนะนำ และ/หรือรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่	ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดผลการรักษาและอาการปัจจุบัน	
4.1	โรคใดโรคหนึ่งเกี่ยวกับปอดหรือระบบหายใจ	ไม่เคย	เคย .....
4.2	โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเลือด เส้นเลือด	ไม่เคย	เคย .....
4.3	โรคทางสมองหรือระบบประสาท ลมบ้าหมู อัมพาต	ไม่เคย	เคย .....
4.4	โรคใดๆ เกี่ยวกับตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหารหรือลำไส้ ไส้เลื่อน	ไม่เคย	เคย .....
4.5	โรคเบาหวาน คอพอก โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โรคไต โรคนิ่ว	ไม่เคย	เคย .....
4.6	ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อกามโรค หรือเชื้อไวรัสโรคเอดส์	ไม่เคย	เคย .....
4.7	โรคใดๆ เกี่ยวกับกระดูก หรือข้ออักเสบ	ไม่เคย	เคย .....
4.8	ความบกพร่อง หรือ พิการ ทางร่างกาย หรือจิตใจ	ไม่เคย	เคย .....
4.9	โรคมะเร็ง หรือเนื้องอกที่ผิดปกติ	ไม่เคย	เคย .....
4.10	ภายใน 2 ปี เคยได้รับการรักษา การบาดเจ็บ การผ่าตัด นอกจากโรคข้างต้นหรือไม่	ไม่เคย	เคย .....
4.11	เคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการพิจารณารับประกัน เก็บเบี้ยเพิ่ม จากบริษัทนี้ หรือบริษัท ประกันภัยอื่น หรือไม่	ไม่เคย	เคย .....

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาลหรือองค์กรสถาบัน ที่ทำการรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดของข้าพเจ้าแก่ บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อนำผลมาใช้ประกอบการพิจารณารับประกัน หรือพิจารณาค่าสินไหมทดแทน และสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้มีผลใช้บังคับได้

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....สมาชิก สร.กฟผ.

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

เฉพาะกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวา พร้อมทั้งมีพยานลงลายมือชื่อรับรอง 2 คน

หมายเหตุ

- 1. ในกรณีที่บุตรยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือไม่สามารถลงนามในชื่อของผู้ขอเอาประกันภัยได้ ให้สมาชิกซึ่งเป็นผู้ปกครองเป็นผู้ลงนามในชื่อของผู้ขอเอาประกันภัยแทน
- 2. สัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัยจะมีผลคุ้มครองต่อเมื่อบริษัทฯ ตกลงรับประกันภัยแล้ว
- 3. ถ้าผลการพิจารณาไม่สามารถรับประกันภัยได้บริษัทฯ จะปฏิเสธการรับประกันภัย