



คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 2565311 สร.กฟผ. จำนวนเงินเอาประกัน ☐ ทุน 200,000 (178 บาท)
☐ ทุน 300,000 (267 บาท) ☐ ทุน 400,000 (356 บาท) ☐ ทุน 500,000 (445 บาท)
เลขประจำตัวพนักงาน กฟผ. เพิ่มทุนเป็น ☐ ทุน 300,000 (267 บาท) ☐ ทุน 400,000 (356 บาท) ☐ ทุน 500,000 (445 บาท)

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัย ☐ สมาชิก ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บิดา(คู่สมรส) ☐ มารดา(คู่สมรส)

- ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย ชื่อและนามสกุลเดิม
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง โทรศัพท์มือถือ
เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ หนังสือเดินทาง (Passport) ☐ ทะเบียนบ้าน ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ
เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ วันหมดอายุ
- รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง /เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ร้อยละของ ผลประโยชน์
อ้างอิงหนังสือแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์ประกันชีวิตกลุ่ม (สร.กฟผ.)				

- โปรดกรอกข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอต่ออายุของ
กรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

- ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมามีมา ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล
สถานพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์
การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจซีทีสแกน (CT Scan) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม
การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG หรือ ECG) การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำ
จากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใดๆ หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด (โรค, วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจรักษา, ผลการตรวจรักษา, สถานพยาบาลที่ตรวจรักษา,
ชื่อแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)).....
- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นสาตาพิการ โรคจอประสาทตา โรคต้อหิน โรคต้อกระจก
โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง โรคระบบประสาท โรคไขข้ออักเสบ โรคปวดหรือปวดอักเสบ โรควัณโรค โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหืดหอบ
โรคไต โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคพิษสุราเรื้อรัง
มะเร็ง โรคตับอ่อนอักเสบ โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง โรคไต โรคของต่อมหมวกไต โรคหัวใจ โรคข้ออักเสบ โรคเกาต์ โรคหนังแข็ง โรคเอสแอลอี โรคเลือด
โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์ โรคต่อมไทรอยด์ เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ โรคกระดูก โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)
พิการทางร่างกาย โรคจิตเวช หรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด (โรค, วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการ
ได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์), ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์และอาการปัจจุบัน,
สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)).....
- ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ การมองเห็นผิดปกติ การได้ยินผิดปกติ การพูดผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ
ร่างกายสูญเสียประสาทสัมผัส มีพัฒนาการช้า ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง ใจเรื้อรัง ใจเป็นเลือด เหนื่อยง่ายผิดปกติ เบื่อหรือแน่นหน้าอก ใจสั่น
ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ปวดท้องเรื้อรัง อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด ท้องมาน ท้องเสียเรื้อรัง ท้องผูกเรื้อรัง ภาวะไขมันพอกตับ ตัวเหลือง ตาเหลือง
ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ มีเลือดปนในปัสสาวะ ภาวะการมีโปรตีนในปัสสาวะ ปวดข้อเรื้อรัง เคยพยายามทำร้าย
ร่างกายตนเอง จำเผลอ คล้าพบก้อนเนื้อ อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ไข้เรื้อรัง โรคผิวหนังเรื้อรัง มืออวัยวะส่วนเกิน ก้อนหรือติ่งเนื้อในร่างกาย
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด (อาการ, วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ, อาการปัจจุบัน)

8. **เฉพาะสตรี** ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ หรือ ได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน ประจำเดือนมาผิดปกติหรือกำลังตั้งครรภ์

☐ ไม่เคย ☐ เคย หากเคย กรุณาระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียด (อาการ, วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ, อาการปัจจุบัน).....

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอประกันภัย

9. บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามเณร ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตาย หรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ (HIV) โรคมีดตีเฟลสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ถ้าเป็นโปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ **ชื่อโรค** ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น

ข้อความยืนยันด้วยถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัย ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัยการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนหน้าของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.bangkoklife.com/th/about/child/117 รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.bangkoklife.com/th/about/child/117 ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

คำเตือน

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ของบริษัท
และนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ).....

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



กรุงเทพ
ประกันชีวิต

BANGKOK LIFE



หนังสือแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์ประกันชีวิตกลุ่ม

ผู้ถือกรรมสิทธิ์ สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (สร.กฟผ.)

ชื่อผู้เอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

วัน/เดือนปีเกิด.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่

☐ พนักงาน หมายเลขประจำตัว กฟผ.....สังกัดแผนก.....กอง.....ฝ่าย.....

☐ คู่สมรส ของ ☐ บุตร ของ ☐ บิดา ของ ☐ มารดา ของ ☐ บิดา ของ(คู่สมรส) ☐ มารดา ของ(คู่สมรส)

(นาย / นาง / นางสาว)หมายเลขประจำตัว กฟผ.....

สังกัดแผนก.....กอง.....ฝ่าย.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

แฟกซ์.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....

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

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....

1. ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ส่วนแบ่ง (%)

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

2. ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ส่วนแบ่ง (%)

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

3. ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ส่วนแบ่ง (%)

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

4. ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ส่วนแบ่ง (%)

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

5. ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ส่วนแบ่ง (%)

ที่อยู่.....โทรศัพท์.....

หมายเหตุ : ผู้รับผลประโยชน์รวมกันทุกคนแล้วต้องได้ 100 %

กรณีผู้รับผลประโยชน์คนใดคนหนึ่งเสียชีวิตก่อน หรือพร้อมกันกับผู้เอาประกันภัย ให้ส่วนของผู้รับผลประโยชน์คนนั้น ตกแก่ผู้รับผลประโยชน์อื่นที่ยังคงเหลืออยู่เท่าๆ กัน

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้าในฐานะ สมาชิก, คู่สมรส, บุตร, บิดา, มารดาของสมาชิก, บิดา, มารดาคู่สมรส สร.กฟผ. ขอให้บริษัทผู้รับทำประกันชีวิตกลุ่ม กับ สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามผู้รับผลประโยชน์ข้างต้น หนังสือฉบับนี้มีผลสมบูรณ์ตลอดไปและให้ใช้กับบริษัทประกันภัยและ/หรือบริษัทประกันชีวิตทุกบริษัทที่ตกลงรับประกันภัยกับ สมาชิก / คู่สมรส, บุตร, บิดา, มารดาของสมาชิก สร.กฟผ. ในแต่ละปี ยกเว้นแต่ข้าพเจ้ามีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้ง สร.กฟผ. หนังสือแต่งตั้งผู้รับผลประโยชน์นี้ได้ทำขึ้นฉบับเดียว ซึ่งสหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (สร.กฟผ.) เป็นผู้เก็บรักษาไว้เพื่อดำเนินการตามเจตนาของข้าพเจ้า และหากค้างชำระเบี้ยประกัน สร.กฟผ. ให้ค้างได้ไม่เกิน 2 เดือน หากเกินกำหนด สร.กฟผ. จะตัดออกจากจากระบบประกัน

ลงชื่อพยาน

(.....)

ลงชื่อพยาน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่

กรรมการออกรายละเอียดให้ครบ



แบบฟอร์มสมัครประกันภัยอุบัติเหตุ (อบ. 2)

ผู้เอาประกัน (นาย/ นาง/ น.ส./ ด.ช./ ด.ญ.).....

เลขประจำตัวพนักงาน กฟผ..... ว/ด/ป เกิดอายุ.....ปี สัญชาติ เชื้อชาติ.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่วันที่ออกบัตร.....วันบัตรหมดอายุ.....

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

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน/บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

อีเมล.....

มีความสัมพันธ์เป็น (เฉพาะสมทบ) ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บิดา(คู่สมรส) ☐ มารดา(คู่สมรส)

ของ นาย/ นาง/ น.ส.....เลขประจำตัวพนักงาน.....

สังกัดแผนก.....กอง.....ฝ่าย.....

เลือกแผนประกัน

☐	ทุนประกัน	100,000 บาท	เบี้ยประกัน	=	6	บาท
☐	ทุนประกัน	300,000 บาท	เบี้ยประกัน	=	17	บาท
☐	ทุนประกัน	500,000 บาท	เบี้ยประกัน	=	36	บาท
☐	ทุนประกัน	1,000,000 บาท	เบี้ยประกัน	=	54	บาท

1. ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ส่วนแบ่ง.....
2. ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ส่วนแบ่ง.....
3. ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ส่วนแบ่ง.....
4. ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ส่วนแบ่ง.....
5. ชื่อผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....ส่วนแบ่ง.....

ข้าพเจ้า ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกโครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลของ สร.กฟผ.โดยจะปฏิบัติตามระเบียบของโครงการฯ และมติของคณะกรรมการ สร.กฟผ. ทุกประการ และข้าพเจ้าขออนุญาตให้นายจ้างหักเงินรายได้ของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันภัยส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และการคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มส่วนบุคคล ที่ข้าพเจ้ามีส่วนร่วมออกเงินสมทบจะสิ้นสุด ตั้งแต่วันที่ไม่ได้หักเงินรายได้ของข้าพเจ้า

หมายเหตุ ค่างชำระเบี้ยประกัน ได้ไม่เกิน 2 เดือน หากเกินกำหนด ตัดออกจากระบบการทำประกัน

(โปรดกรอกรายละเอียดเขียนตัวบรรจงให้เรียบร้อย เพื่อประโยชน์ของตัวท่านเอง)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน

(.....)

วันที่...../...../.....

พยาน

พยาน

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

เอกสารแนบ - สำเนาบัตรประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้าน

หมายเหตุ - ผู้มีสิทธิทำประกันอายุระหว่าง 1-82 ปี คุ้มครอง 85 ปี