



คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ผู้ขอเอาประกันชีวิต ต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย

1 ชื่อ - นามสกุล นาย/นาง/น.ส.
ว/ด/ป เกิด อายุ..... ปี สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนเลขสมาชิก.....
วันที่ออกบัตรวันบัตรหมดอายุ.....
ส่วนสูง..... เซนติเมตร น้ำหนัก..... กิโลกรัม

เฉพาะเจ้าหน้าที่ บริษัท กรุงเทพมหานครประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
โทรศัพท์ 0 2777 8455-56 โทรสาร 0 2777 8439
เลขที่กรมธรรม์
ใบรับรอง
จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท
วันที่มีผลบังคับ.....

2 ที่อยู่ตามบัตรประชาชน
สถานที่สะดวกในการติดต่อ ตามบัตรประชาชน ที่อยู่อื่น.....

3 จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท ผู้รับประโยชน์ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมสรรพาวุธทหารอากาศ จำกัด

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

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

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

วันที่ เดือน พ. ศ.

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

เฉพาะกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือขวา พร้อมทั้งมีพยานลงลายมือชื่อรับรอง 2 คน

หมายเหตุ

1. สัญญาประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัยจะมีผลคุ้มครองต่อเมื่อบริษัทฯตกลงรับประกันภัยแล้ว
2. ถ้าผลการพิจารณาไม่สามารถรับประกันภัยได้บริษัทฯ จะปฏิเสธการรับประกันภัย