



บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด

คำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับสมาชิกสหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการยางแห่งประเทศไทย

<input type="checkbox"/> สมาชิกผู้ขอเอาประกัน ทุน 100,000 บาท ชื่อ..... เลขประจำตัว..... เสนก.....๐๐๑.....จังหวัด..... วันเดือนปีเกิด.....๐๑/๐๒/.....ปี วันเริ่มทำงาน..... เดือน <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส	<input type="checkbox"/> คู่สมรสของสมาชิก ทุน 100,000 บาท ชื่อคู่สมรส..... วันเดือนปีเกิด.....๐๑/๐๒/.....ปี บัตรประชาชน/บัตร..... เลขที่..... ที่อยู่.....	กรอกโดย บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด กรมธรรม์เลขที่..... โบรkeringเลขที่..... วันที่มีผลบังคับ.....
--	---	---

ท่านเคยเป็น, ทราบว่าท่านเป็น, ได้รับคำแนะนำ และ/หรือรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่

1. โรคใดโรคหนึ่งเกี่ยวกับปอดหรือระบบหายใจ เคย ไม่เคย
 2. ความดันโลหิตสูงหรือโรคหัวใจ เคย ไม่เคย
 3. โรคทางสมองหรือระบบประสาท โรคเมะเร็ง เคย ไม่เคย
 4. โรคไตๆ เกี่ยวกับตับ ถุงน้ำดี กระเพาะอาหารหรือลำไส้ เคย ไม่เคย
 5. โรคเบาหวาน กอทอด โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โรคไต นิ่ว เคย ไม่เคย
 6. ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อกาโรค หรือเชื้อไวรัสโรคเอดส์ เคย ไม่เคย
 7. โรคใดๆ เกี่ยวกับกระดูกข้อต่อ หรือข้ออักเสบ เคย ไม่เคย
 8. ภายใน 2 ปี ได้รับการรักษา-การบาดเจ็บ-การผ่าตัด เคย ไม่เคย
 9. ท่านเคยถูกปฏิเสธ,เงื่อนไขการพิจารณารับประกัน,
 เก็บเบี้ยเพิ่มจากบริษัทฯ นี้/บริษัทอื่น เคย ไม่เคย
- ตัวเลข โปรดแจ้งรายละเอียด.....

บริษัทฯ สงวนสิทธิ์ในการขอประวัติการรักษาเพิ่มเติมหรือขอตรวจสุขภาพในบางกรณี เพื่อประกอบการพิจารณารับประกัน

และหากผลการตรวจสุขภาพดังกล่าว ไม่สามารถรับประกันภัยในอัตราปกติ บริษัทฯ ต้องขอเพิ่มเบี้ยประกันภัยพิเศษตามผลสุขภาพนั้นๆ หรือปฏิเสธการรับประกันภัยแล้วแต่กรณี

คำเตือน : ข้อตกลงหรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง การปกปิดข้อเท็จจริง ใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทปฏิเสธค่าสินไหมชดเชยตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์กรทางการแพทย์ที่การรักษาข้าพเจ้าที่ในอดีตและปัจจุบัน ปิดผนึกข้อมติเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดแก่ บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ตามมาตราของหนังสือให้คว เภยยินยอมฉบับนี้ให้มีผลบังคับใช้

ลายเซ็นของผู้สมัคร.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด
 ในเครือธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน)
 23/15-121 รหัสจัดซื้อเรอิว ถนนพระราม 9 เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
 โทร. 0-2203-0055, 0-2641-5599 โทรสาร 0-2641-5565

กรมธรรม์เลขที่
 Policy No.
 ใบรับเรื่องเลขที่
 Certificate No.
 รหัสพนักงาน
 Employee code

ใบผู้รับผลประโยชน์ ~ BENEFICIARY FORM

ชื่อบริษัท, นายจ้าง หรือผู้ถือกรมธรรม์
 Company, Employer or Policy holder name

ชื่อผู้รับประกันภัย อายุ ปี วัน/เดือน/ปีเกิด
 Insured person name Age Year/Date of Birth

ที่อยู่
 Address

บัตรประจำตัวประชาชน/บัตร เลขที่ โทร.
 ID card / Others No Tel.

1. ชื่อผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์ ส่วนแบ่ง (%)
 Beneficiary name Relation Share(%)

ที่อยู่ โทร.
 Address Tel.

2. ชื่อผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์ ส่วนแบ่ง (%)
 Beneficiary name Relation Share(%)

ที่อยู่ โทร.
 Address Tel.

3. ชื่อผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์ ส่วนแบ่ง (%)
 Beneficiary name Relation Share(%)

ที่อยู่ โทร.
 Address Tel.

4. ชื่อผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์ ส่วนแบ่ง (%)
 Beneficiary name Relation Share(%)

ที่อยู่ โทร.
 Address Tel.

กรณีผู้รับผลประโยชน์คนใดคนหนึ่งเสียชีวิตก่อนหรือพร้อมกันกับผู้รับประกันภัยให้ส่วนของผู้รับผลประโยชน์คนนั้นตกแก่ผู้รับผลประโยชน์อื่นที่ยังคงเหลืออยู่เท่าๆกัน
 In case that any eligible beneficiaries predeceased or died simultaneously with the insured, his / her portion of policy's benefit will be shared equally among survival beneficiaries.

คำเตือน 1 ผู้รับผลประโยชน์ต้องเป็นบิดา, มารดา, บุตร, พี่, น้อง, คู่สมรส, คู่สมรสที่จดทะเบียนถูกต้องซึ่งมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตระหว่างผู้เอาประกันภัยกับผู้รับผลประโยชน์เท่านั้น

2 กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน และชัดเจน เพื่อผลประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย

Notice 1 The beneficiary must be father, mother, children, brother, sister, husband, wife. If other person must be a person related by blood between insured person and beneficiary only.

2 Please fill in all detail completely and clearly for the benefit of your

เขียนที่ ลงชื่อ
 Writing at Signature

วันที่ เดือน ปี
 Date Month Year (ผู้เอาประกันภัย ~ Insured Person)