

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การแถลงข้อความอันเป็นเท็จ หรือไม่เปิดเผยข้อความจริง อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทปฏิเสธไม่จ่ายค่าทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับผู้ขอเอาประกันภัยรายบุคคล(กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ)

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (บริษัท/องค์กร).....
- ชื่อ - สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง/อื่นๆ ระบุ.....).....
 - เพศ ชาย หญิง วันเดือนปีเกิด..... อายุ..... ปี ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... ก.ก.
 - สถานภาพสมรส โสด สมรส หย่า หม้าย
 - หลักฐานพิสูจน์อายุที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน บัตรข้าราชการ อื่นๆ โปรดระบุ.....
เลขที่บัตร..... วันที่ออกบัตร..... วันที่บัตรหมดอายุ..... สถานที่ออกบัตร.....
(กรณีใช้บัตรข้าราชการ หรือบัตรอื่น ๆ โปรดระบุเลขหมายประจำตัวประชาชนเพิ่มเติมด้วย) เลขหมายประจำตัวประชาชน
- (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยมิได้เป็นพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ โปรดกรอกรายละเอียดในข้อ 3 และระบุชื่อพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ของผู้ถือกรมธรรม์ซึ่งเกี่ยวข้องด้วย)
ผู้ขอเอาประกันภัยมีความสัมพันธ์เป็น คู่สมรส บุตร อื่น ๆ ระบุ..... ของ.....
- ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
- วันที่เข้าทำงาน/เป็นสมาชิก..... ตำแหน่งและลักษณะงาน
- ชื่อ - สกุลผู้รับประโยชน์ (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง/อื่นๆ ระบุ)
 - ความสัมพันธ์
 - ความสัมพันธ์
 - ความสัมพันธ์

(คำแนะนำ เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการพิจารณารับประกัน กรุณาระบุผู้รับประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติที่มีนามสกุลเดียวกัน)

ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้า หักเงินเดือน / รายได้อื่น ระบุ..... เพื่อชำระเบี้ยประกันภัยกลุ่ม (ในกรณีการประกันภัยกลุ่มแบบออกเงินสมทบ)
ลงชื่อ.....
(.....)

ลงวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน/ตัวแทน

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน/ตัวแทน

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดา/มารดา/ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย (ในกรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

การตรวจสอบและพิจารณา	การอนุมัติรับประกัน	บันทึกการแก้ไขเปลี่ยนแปลง
กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่.....	จำนวนเงินเอาประกันชีวิต..... บาท	
วันเริ่มมีผลบังคับของผู้เอาประกันภัย.....	จำนวนเงินเอาประกันภัยอุบัติเหตุ..... บาท	
ใบรับรองเลขที่.....	จำนวนเงินเอาประกันภัยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง..... บาท	
ออกเมื่อ.....	ประกันสุขภาพแผน.....	