



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thailife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
ประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง
ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวล
กฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)
กรมธรรม์เลขที่
หนังสือรับรองเลขที่
จำนวนเงินเอาประกันภัย.....
จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....
จำนวนเงินเอาประกันทุพพลภาพ.....
ประกันสุขภาพแทน.....

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับพนักงาน / ลูกจ้าง / สมาชิก

1 ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร / บริษัท).....

2 ชื่อ-สกุล สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย นาย นาง นางสาว.....

- กรณีผู้สมัครขอเอาประกันภัยไม่ใช่พนักงาน มีความสัมพันธ์เป็น คู่สมรส บุตร ของพนักงานชื่อ-สกุล.....

3 อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.

เพศ ชาย หญิง สถานภาพ: โสด สมรส หย่า หม้าย

4 เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ใบสำคัญต่างดาว เลขที่.....

วันที่ออกบัตร.....วันที่บัตรหมดอายุ.....สถานที่ออกบัตร.....

5 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

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

6 วันที่เข้าทำงาน.....ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ.....

7 ผู้รับประโยชน์: ได้แก่

ชื่อ - สกุล..... ความสัมพันธ์.....

ชื่อ - สกุล..... ความสัมพันธ์.....

ชื่อ - สกุล..... ความสัมพันธ์.....

8 ข้อความยืนยันยินยอมตกลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม
ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริม
การประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงชื่อ.....

ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ถูกขอเอาประกันภัย/(ผู้เยาว์)

ลงชื่อ.....

()

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดา/มารดา/ผู้แทน
โดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

วันเริ่มประกันภัยวันครบรอบปี

บันทึกการแก้ไข / การเปลี่ยนแปลง