

**ตัวอย่างการกรอกใบคำขอทำประกันชีวิตกลุ่ม**  
**พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง 1 ฉบับ**



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
 เลวที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27  
 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310  
 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 โทรเบรลล์เลขที่ 0107555000376  
 www.krungthai-axa.co.th

**ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสหกรณ์**

ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

เลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย  
 ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงิน  
 ค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

1. ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ) นางสาว อรุณดี มีสุข  
 วันเดือนปีเกิด 2 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568 อายุ 27 ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ 1-11010-01019-52-8  
 ส่วนสูง 163 ซม. น้ำหนัก 53 กก. ตำแหน่งหน้าที่ ครู คศ. 2  
 มีความเกี่ยวข้องกับ  โดยเป็น   
 สมาชิกของ สหกรณ์ออมทรัพย์ครูประจำวงศรีจันทร์ จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก 012345  
 บิดา/มารดา  คู่สมรส  บุตร ของสมาชิก ชื่อ  นามสกุล   
 เลขทะเบียนสมาชิก   
 2. สมาชิกของ   มิได้กู้เงินกับ   
 ได้กู้เงินไว้กับ  เลขที่คำขอกู้  จำนวนเงินกู้  บาท  
 3. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ 1 ชื่อหมู่บ้าน/อาคาร  ซอย 1  
 ถนน ประจวบคีรีขันธ์ ตำบล ประจวบคีรีขันธ์ อำเภอ เสด็จ  
 จังหวัด ประจวบคีรีขันธ์ รหัสไปรษณีย์ 77000 โทรศัพท์

4. แบบประกันภัยที่ต้องการ

แผนประกันภัย	ความคุ้มครอง
<h1 style="font-size: 4em; opacity: 0.5;">ตัวอย่าง</h1>	

5. ผู้รับผลประโยชน์ สหกรณ์ออมทรัพย์ครูประจำวงศรีจันทร์ จำกัด ความสัมพันธ์

6. ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการต่ออายุกรมธรรม์ชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณาหรือ เพิ่มเบี้ยประกันภัยหรือมีข้อจำกัด หรือแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
7. ท่านเคยเป็นโรคไต โรคเมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือ โรคเกี่ยวกับสมองหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
8. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุราหรือสิ่งมีเมาหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยรับการรักษา เกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
9. ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยปรึกษาแพทย์ เข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือสถาบันใดที่คล้ายคลึงกันหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย

หากตอบคำถามใน ข้อ 6 -9 เป็นคำตอบรับว่า "เคย" โปรดกรอกแบบสอบถามแลงสุขภาพด้านล่างเพิ่มเติม

1. ท่านได้รับการตรวจร่างกายที่  เมื่อ

2. ท่านมีอาการหรือสาเหตุอย่างไรก่อนไปรับการตรวจ

3. แพทย์แจ้งผลการตรวจเป็นอย่างไร มีสิ่งผิดปกติหรือไม่

4. ท่านได้รับการรักษาหรือไม่ หรือได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าใช่โปรดให้รายละเอียด

5. ท่านอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลากี่วัน  หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วแพทย์นัดให้ไปพบอีกหรือไม่ หรือมีอาการผิดปกติต้องไปพบแพทย์  
อีกหรือไม่ อย่างไร   
เมื่อใด

6. ปัจจุบันท่านยังคงได้รับการรักษาหรือไม่  ถ้ายังได้รับการรักษา ไปพบแพทย์ทุก  เดือน  
หรือ โดยวิธี  ถ้าหยุดการรักษาแล้ว ตั้งแต่เมื่อใด   
อาการปัจจุบันเป็นอย่างไร

สิงหาคม 2568

7. กรณีเป็นโรคเบาหวาน กรุณาระบุระดับน้ำตาลครั้งแรกที่ตรวจรักษา   
และระดับน้ำตาลปัจจุบัน   
กรณีเป็นโรคความดันโลหิตสูง กรุณาระบุค่าความดันปัจจุบัน  /  mmHg  
กรณีท่านดื่มสุรา ท่านดื่มบ่อยแค่ไหน จำนวนแก้วที่ดื่มต่อวัน

**การให้ถ้อยคำ การให้ความยินยอม และการมอบอำนาจ**

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่า ถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัท ฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้าแจ้งมอบข้อมูลหรือประวัติการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบลังยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกทางการแพทย์ใดๆ ของข้าพเจ้า ต่อบริษัทกรุงเทพ-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัท ฯ ได้ และสำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือมีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับและข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือ จ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้ากับบริษัทอื่นได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ซึ่งรวมทั้งบริษัทใด ๆ ในเครือบริษัท ไม่ว่าจะอยู่ในหรือนอกประเทศไทยก็ตาม ใช้ เปิดเผย หรือโอน ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดที่เกี่ยวกับข้าพเจ้า (ไม่ว่าข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่นจะเป็นผู้ให้ข้อมูลนั้น) ให้แก่บุคคลใด ๆ ทั้งในและ/หรือนอกประเทศไทยเพื่อวัตถุประสงค์ใด ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ คำสั่งศาล คำร้องขอใด ๆ หรือคำสั่งของหน่วยงานกำกับดูแลใด ๆ และ/หรือเพื่อการดำเนินการ การพัฒนาการประกอบการของบริษัท

เขียนที่  สหกรณ์ออมทรัพย์ครูประจำวงศศิริจันทร์ จำกัด วันที่  5 เดือน  มกราคม พ.ศ.  2569

นายหน้า/ตัวแทนได้ตรวจสอบต้นฉบับของเอกสารแสดงตนของผู้ขอเอาประกันภัย และเห็นว่าตรงกันกับสำเนารูปถ่ายเอกสารที่ส่งมอบให้แก่บริษัท

ลงชื่อ   
(  นงศกานต์ มั่งคั่ง )  
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ   
(  นาย มอติกร อุ่มเม่น )  
พยาน

ลงชื่อ   
(  นามสมิต ใจดี )  
พยาน

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ลงชื่อเป็นพยานด้วย)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.  นงศกานต์ มั่งคั่ง เลขทะเบียนสมาชิก  012345  
สังกัด  สหกรณ์ออมทรัพย์ครูประจำวงศศิริจันทร์ จำกัด ยินยอมให้สหกรณ์หักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตกลุ่ม  
ของผู้ขอเอาประกันภัยซึ่งเกี่ยวข้องเป็น  ของข้าพเจ้า

- เอกสารแนบ
1. สำเนาบัตรประชาชน
  2. สำเนาทะเบียนบ้าน
  3. กรณีคู่สมรสแนบบัตรประชาชนคู่สมรส ทะเบียนบ้าน

ลงชื่อ   
(  นงศกานต์ มั่งคั่ง )  
ผู้ให้คำยินยอม