



ใบสมัครประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลโครงการทิพย์ประกันภัย
ร่วมสร้างกำลังใจให้คนสู้ชีวิตในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(ครอบครัว)



ครอบครัวนาย / นาง / นางสาว..... เลขบัตรประชาชน 13 หลัก.....
 หน่วย..... จังหวัด..... เกี่ยวข้องเป็น คู่สมรส / บุตร / บิดา / มารดา / พี่หรือน้อง
 ชื่อผู้ทำประกันตน นาย / นาง / นางสาว อื่นๆ..... นามสกุล.....
 วัน เดือน ปี เกิด...../...../..... เลขบัตรประชาชน..... (แนบเอกสาร สำเนาบัตรประชาชน)
 ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน (อาคาร)..... ชั้น..... ซอย.....
 ถนน..... แขวง(ตำบล)..... เขต(อำเภอ)..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... E- mail..... น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม.
 โทรศัพท์(บ้าน)..... โทรศัพท์(ที่ทำงาน)..... ต่อ..... โทรศัพท์มือถือ.....
 อาชีพ..... รายได้/เดือน..... บาท ตำแหน่ง.....
 ผู้รับประโยชน์..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 2..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 3..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่? ไม่เคย เคย.
 ถ้าเคยโปรดแจ้ง..... ลักษณะการบาดเจ็บ.....
 ผลการรักษา..... แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา.....

ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ก. โรคลมชัก | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ข. โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ค. ความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ง. โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| จ. โรคกระดูกและ / หรือโรคกล้ามเนื้อ | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ฉ. โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ช. โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

.....
 () () ()
 ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์ ลงลายมือชื่อผู้อุปประกันภัย ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

ตัวแทน นายหน้าประกันรายนี้..... ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE , MINISTRY OF COMMERCE

Give answer to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.