



ใบสมัครประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลโครงการทิพย์ประกันภัย
ร่วมสร้างกำลังใจให้คนสู้ชีวิตในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน



ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) กลุ่มจิตอาสา

ชื่อ นาย / นาง / นางสาว อื่นๆ.....นามสกุล.....

วัน เดือน ปี เกิด...../...../.....เลขบัตรประชาชน.....(แบบเอกสาร สำเนาบัตรประชาชน)

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่..... หมู่บ้าน (อาคาร).....ชั้น..... ซอย.....

ถนน.....แขวง(ตำบล).....เขต(อำเภอ).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... E- mail..... โทรศัพท์..... กก.ส่วนสูง..... ซม.

โทรศัพท์(บ้าน)..... โทรศัพท์(ที่ทำงาน)..... ต่อ..... โทรศัพท์มือถือ.....

อาชีพ.....รายได้/เดือน.....บาท ตำแหน่ง.....

ผู้รับประโยชน์ 1.....เกี่ยวข้องกับ.....

2.....เกี่ยวข้องกับ.....

3.....เกี่ยวข้องกับ.....

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 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย ลงลายมือชื่อผู้แทน โดยชอบธรรม

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.