



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..... หน้าที่..... กก.ส่วนสูง..... ซม.

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

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

ผู้รับประโยชน์ 1..... 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      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.