

สหกรณ์ออมทรัพย์บริษัทวิทยุการบินแห่งประเทศไทย จำกัด

วันที่.....

เรื่อง ประกันชีวิต

ชื่อ.....สกุล.....ทะเบียนเลขที่.....

สมาชิกกู้เงินเป็นจำนวน.....บาท ต้องทำประกันเพิ่มเป็นจำนวนเงิน.....บาท

ประกันชีวิตกลุ่ม (บริษัทพิพยประกันชีวิต จำกัด)	ประกันสินเชื่อ (บริษัทพิพยประกันชีวิต จำกัด)
1.วงเงินเดิม.....บาท	1.วงเงินเดิม.....บาท
2.ความคุ้มครอง/สินไหมทดแทน	2.ความคุ้มครอง/สินไหมทดแทน
คุ้มครองการเสียชีวิต 1 เท่าของทุนประกัน	คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณีได้ 1 เท่าของทุนประกัน
คุ้มครองการเสียชีวิตอุบัติเหตุ 2 เท่าของทุนประกัน	คุ้มครอง กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ตามสัดส่วนระบุไม่เกิน 1 เท่าของทุนประกัน
คุ้มครองการเสียชีวิตอุบัติเหตุ 3 เท่าของทุนประกันจากภัยสาธารณะ	
3.การตรวจสุขภาพ	3.การตรวจสุขภาพ
วงเงินที่ทำเกิน 5,000,000 บาท ต้องตรวจสุขภาพ	ไม่ต้องตรวจสุขภาพ
4.ผู้กู้อายุ 70 ปี ทำประกันชีวิตได้สูงสุดไม่เกิน 7,000,000 บาท	4.ผู้กู้ต้องมีอายุระหว่าง 20 ปี ณ วันที่สมัครขอเอาประกัน แต่ไม่เกิน 70 ปีบริบูรณ์ ทำประกันได้สูงสุดไม่เกิน 5,000,000 บาท
5.สมาชิกอายุเกิน 70 ปี แต่ไม่เกิน 80 ปี ทุนประกัน 500,000 บาท	5.คุ้มครองถึงอายุ 70 ปีบริบูรณ์
6.ค่าเบี้ยประกัน 4.36 บาท ต่อทุนประกัน 1,000 บาท	6.ค่าเบี้ยประกัน 3.30 บาท ต่อทุนประกัน 1,000 บาท
เช่น ทุนประกัน 2,000,000 * 4.36/1,000 = 8,720 บาท ต่อปี	เช่น ทุนประกัน 2,000,000 * 3.30/1,000 = 6,600 บาทต่อปี
7.วงเงินทำประกันเพิ่ม.....บาท	7.วงเงินทำประกันเพิ่ม .....บาท

.....

(นางสาวปัทมาพร รัตนสุวรรณ)

ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายอำนวยการ

ผู้ตรวจสอบข้อมูล

ลงชื่อ.....

(.....)

สมาชิกเลขที่.....

ผู้เอาประกัน

ส่วนเจ้าหน้าที่				
หนี้เงินกู้สามัญ	.....	ทุนประกัน	เดิม	ต้องทำเพิ่ม
หนี้เงินกู้พิเศษบ้าน/รถยนต์	.....	พิพยประกันชีวิต (กลุ่ม)	.....	.....
หนี้เงินกู้อื่นๆ (ที่ต้องทำประกัน)	.....	พิพยประกันชีวิต(สินเชื่อ)	.....	.....
รวมเป็นจำนวนเงิน	.....	หมายเหตุ.....	.....	.....

(ง) ท่านเคยเป็นโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต วัณโรค โรคพิษสุราเรื้อรังหรือติดยาเสพติดให้โทษบ้าง หรือไม่ ? (Have you ever been heart disease, Cancer, Blood pressure, Tuberculosis, and having other habit-forming drugs or not ?)

(...) เคย (Yes) (...) ไม่เคย (No)

*** ถ้าตอบ ข้อ ข. ถึง ข้อ ง. ข้อใดข้อหนึ่งว่า “ เคย ” โปรดให้รายละเอียดข้างท่านนี้ พร้อมระบุชื่อแพทย์ และสถานพยาบาลที่รักษา (In case the answers “ Yes ” , Please give detail including name and all doctors that have given treatment)

.....
.....
.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดสมบูรณ์ และเป็นความจริง และถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิตกลุ่ม นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์สถานพยาบาล ซึ่งมีบันทึกประวัติ หรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าเปิดเผยให้ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด ทราบทั้งหมดเกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาลโดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ทั้งสิ้นและให้ถือสำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ (I would certify the above sentence is absolutely perfect and truefulness, Please take the above information as part of Group Life Insurance Contract. Besides I accept and consent to doctor in the contracted hospital who has our personal health record has right to declare all information about personal disease and treatment without any conditions. Do take this copy contract as perfectly as original copy.)

ทำที่ (Written at)

ลงชื่อ (Signed) ผู้สมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม
(.....)
วันที่ / / (D/M/Y)

สำหรับ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (For Dhipaya Life Insurance Co.,Ltd.) ผลการตรวจสอบและพิจารณา (Result of check and consideration)
