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

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มแบบชั่วระยะเวลา เลขที่

ใบคำขอเอาประกันชีวิต และสุขภาพพนักงาน สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัย

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้เอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ชื่อองค์กร / บริษัท

☐ เป็นบริษัทในเครือของผู้ถือกรมธรรม์

1. ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ)
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ. อายุ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่
เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ส่วนสูง ซ.ม. น้ำหนัก ก.ก. สถานะ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า
☐ เป็นพนักงาน/ข้าราชการ/ลูกจ้างของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.
ตำแหน่ง/หน้าที่งานปัจจุบัน สังกัดแผนก/ฝ่าย รหัสพนักงาน
☐ เป็นคู่สมรส ☐ บุตร ของ(ชื่อสมาชิกหลัก) ซึ่งเป็นพนักงาน/ข้าราชการ/ลูกจ้างของผู้ถือกรมธรรม์
2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ อาคาร /หมู่บ้าน หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
3. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ อาคาร/หมู่บ้าน หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
อีเมล์

4. ผู้รับผลประโยชน์ ก.กรณีเป็นคู่สมรส/บุตร ไม่ต้องกรอกส่วนนี้ พนักงานจะเป็นผู้รับประโยชน์ ข.ถ้ามิได้ระบุร้อยละของผลประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน

ชื่อ / นามสกุล	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์	ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์

5. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าเจ็บป่วยเป็นโรคดังต่อไปนี้ หรือไม่ หากเคยกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐
- ☐ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคอัมพฤกษ์ / อัมพาต โรคจิต โรคประสาท
- ☐ โรควัณโรค โรคถุงลมโป่งพอง โรคชัก โรคหอบหืด
- ☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- ☐ โรคต่อมน้ำเหลืองโต โรคมะเร็ง โรคเนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
- ☐ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคดีซ่าน โรคม้ามโต
- ☐ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ
- ☐ โรคเอสแอลอี โรคเลือด โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์
- ☐ โรคสายตาพิการ โรคพิการทางร่างกาย
- ☐ โรคเอดส์ / ภูมิคุ้มกันบกพร่องและคู่สมรสของข้าพเจ้าไม่เคยเป็นหรือตรวจพบว่าเป็นโรคเอดส์ / ภูมิคุ้มกันบกพร่อง

กรณีที่เคยเป็นโรคใด โรคหนึ่งข้างต้น กรุณาระบุ

โรค	วันเดือนปีที่รักษา	สถานที่รักษา	การรักษา	อาการในปัจจุบัน

6. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ หรือการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาลหรือไม่
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดอาการ วันเดือนปี
ชื่อสถานพยาบาล การรักษา อาการในปัจจุบัน

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขในการรับประกัน หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกัน หรือถูกเลื่อนการพิจารณาการรับประกัน หรือต่ออายุสัญญาประกันชีวิตประกันสุขภาพใดๆ หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย โปรดระบุชื่อบริษัท สาเหตุ วันเดือนปี

8. (คำถามข้อนี้เฉพาะผู้ขอเอาประกันภัยที่ต้องการซื้อสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ) ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคกรดไหลย้อน หรือโรคนิ่ว หรือโรคถุงน้ำดีอักเสบ หรือโรคไส้เลื่อน หรือโรคกระดูกสันหลังเคลื่อน หรือโรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท หรือโรคข้อเสื่อม หรือโรคเส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย หากเคยกรุณาระบุ

โรค	วันเดือนปีที่รักษา	สถานที่รักษา	การรักษา	อาการในปัจจุบัน

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม
1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือ สถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ฯ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

	วันที่ เดือน พ.ศ.	วันที่ เดือน พ.ศ.
	(ลงชื่อ) ( ) ผู้ขอเอาประกันภัย	(ลงชื่อ) ( ) พนักงาน / ผู้แทนโดยชอบธรรม กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุน้อยกว่า 20 ปี)

สิงหาคม 2568