



# บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

## ใบคำขอเอาประกันภัย

สำหรับกลุ่มสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ ปตท. จำกัด

ชื่อ นาย/นาง/น.ส.....นามสกุล.....  
เลขที่บัตรประชาชน..... สถานภาพ  โสด  สมรส  อื่นๆ.....  
เพศ..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี น้ำหนัก.....ก.ก. ส่วนสูง.....ซ.ม.  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
.....โทรศัพท์.....

ชื่อที่อยู่ของแพทย์ของท่าน (ถ้ามี) .....

1. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเจ็บป่วยเป็นโรคหรือได้รับบาดเจ็บหรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่  เคย  ไม่เคย
2. ท่านเคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคตับ โรคเอดส์ โรคมะเร็ง หรือความผิดปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่  เคย  ไม่เคย
3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่  เคย  ไม่เคย
4. ใบคำขอแบบสอบถามสุขภาพ หรือใบคำขอเอาประกันภัยของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันสุขภาพปฏิเสธ เลื่อนการประกันภัย เรียกเบี้ยประกันภัยเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันภัยหรือไม่  เคย  ไม่เคย
5. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บไขหรือไม่  เคย  ไม่เคย
6. ถ้าตอบเคยหรือใช่ตามข้อ 1 ถึง 5 โปรดให้รายละเอียดข้างล่างนี้โดยระบุคำถามข้อนั้นด้วย

ถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นความจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ และข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทเชื่อตามถ้อยแถลงนั้น นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่แพทย์โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้าให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าแก่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายเซ็น.....ผู้ขอเอาประกันภัย  
วันที่เขียนใบสมัคร.....

### คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ผู้ขอเอาประกันภัยจงตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

### สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....ใบรับรองเลขที่.....ออกเมื่อ.....  
วันมีผลบังคับ.....

ลายเซ็นบนบัตรประกันสุขภาพ

ของผู้ขอเอาประกันภัย

**ใบสมัครโครงการประกันสุขภาพกลุ่มสำหรับสมาชิก คู่สมรส-บุตร และบิดา-มารดา**  
**สหกรณ์ออมทรัพย์ ปตท. จำกัด**  
**ให้ความคุ้มครองโดย บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด(มหาชน)**

เฉพาะผู้สมัครใหม่

วันที่.....

• **สมาชิก (อายุไม่เกิน 60 ปี)** แผนที่เลือก.....

**สมาชิก (นาย / นาง / นางสาว).....** เลขประจำตัว.....  
 เลขที่บัตรประชาชน..... ค่าเบี้ยประกัน.....บาท

• **สมาชิก (อายุ 61 - 70 ปี)** แผนที่เลือก.....

**สมาชิก (นาย / นาง / นางสาว).....** เลขประจำตัว.....  
 เลขที่บัตรประชาชน..... ค่าเบี้ยประกัน.....บาท

• **คู่สมรส ต้องสมัครพร้อมสมาชิก อายุไม่เกิน 60 ปี** แผนที่เลือก.....

คู่สมรส (นาย / นาง / นางสาว).....  
 เพศ  ชาย  หญิง วัน / เดือน / ปีเกิด..... อายุ.....ปี.....เดือน  
 เลขที่บัตรประชาชน..... ค่าเบี้ยประกัน.....บาท

• **บุตร ต้องสมัครพร้อม บิดาหรือมารดา มีอายุตั้งแต่ 14 วัน ขึ้นไป** แผนที่เลือก.....

บุตร (นาย / นาง / น.ส. / ด.ช. / ด.ญ.).....  
 เพศ  ชาย  หญิง วัน / เดือน / ปีเกิด..... อายุ.....ปี.....เดือน  
 เลขที่บัตรประชาชน..... ค่าเบี้ยประกัน.....บาท

• **บุตร ต้องสมัครพร้อม บิดาหรือมารดา มีอายุตั้งแต่ 14 วัน ขึ้นไป** แผนที่เลือก.....

บุตร (นาย / นาง / น.ส. / ด.ช. / ด.ญ.).....  
 เพศ  ชาย  หญิง วัน / เดือน / ปีเกิด..... อายุ.....ปี.....เดือน  
 เลขที่บัตรประชาชน..... ค่าเบี้ยประกัน.....บาท

• **บุตร ต้องสมัครพร้อม บิดาหรือมารดา มีอายุตั้งแต่ 14 วัน ขึ้นไป** แผนที่เลือก.....

บุตร (นาย / นาง / น.ส. / ด.ช. / ด.ญ.).....  
 เพศ  ชาย  หญิง วัน / เดือน / ปีเกิด..... อายุ.....ปี.....เดือน  
 เลขที่บัตรประชาชน..... ค่าเบี้ยประกัน.....บาท

• **บิดาสมาชิก ต้องสมัครพร้อมสมาชิก (อายุไม่เกิน 70 ปี)** แผนที่เลือก.....

นาย..... วัน / เดือน / ปีเกิด..... อายุ.....ปี.....เดือน  
 เลขที่บัตรประชาชน..... ค่าเบี้ยประกัน.....บาท

• **มารดาสมาชิก ต้องสมัครพร้อมสมาชิก (อายุไม่เกิน 70 ปี)** แผนที่เลือก.....

นาง..... วัน / เดือน / ปีเกิด..... อายุ.....ปี.....เดือน  
 เลขที่บัตรประชาชน..... ค่าเบี้ยประกัน.....บาท

รวมค่าเบี้ยประกันภัย.....บาท