



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
 เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27  
 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310  
 โทร. 0 2044 4000 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159  
 www.krungthai-axa.co.th

## ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสหกรณ์

ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

เลขที่

### คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจเป็นเหตุให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

- ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ)   
 วันเดือนปีเกิด  เดือน  พ.ศ.  อายุ  ปี บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่   
 ส่วนสูง  ซม. น้ำหนัก  กก. ตำแหน่งหน้าที่   
 มีความเกี่ยวข้องกับ  สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด โดยเป็น  
 สมาชิกของ  สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก   
 บิดา/มารดา  คู่สมรส  บุตร ของสมาชิก ชื่อ  นามสกุล   
 เลขทะเบียนสมาชิก
- สมาชิกของ  สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด  มิได้กู้เงินกับ   
 ได้กู้เงินไว้กับ  สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด เลขที่คำขอกู้  จำนวนเงินกู้  บาท
- ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่  ชื่อหมู่บ้าน / อาคาร  ซอย   
 ถนน  ตำบล  อำเภอ   
 จังหวัด  รหัสไปรษณีย์  โทรศัพท์

#### 4. แบบประกันภัยที่ต้องการ

แผนประกันภัย	ความคุ้มครอง
1. การประกันชีวิต	
2. การทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร	

5. ผู้รับผลประโยชน์  สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสระบุรี จำกัด ความสัมพันธ์  ผู้ให้กู้

- ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการต่ออายุกรมธรรม์ชีวิตใดๆ ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณาหรือเพิ่มเบี้ยประกันภัยหรือมีข้อจำกัด หรือแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่  ไม่เคย  เคย
- ท่านเคยเป็นวัณโรค โรคกระเพาะ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือ โรคเกี่ยวกับสมองหรือไม่  ไม่เคย  เคย
- ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุราหรือสิ่งเมาหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยรับการรักษากับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่  ไม่เคย  เคย
- ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยปรึกษาแพทย์ เข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือสถาบันใดที่คล้ายคลึงกันหรือไม่  ไม่เคย  เคย

หากตอบคำถามใน ข้อ 6 - 9 เป็นคำตอบรับว่า "เคย" โปรดกรอกแบบสอบถามแถลงสุขภาพด้านล่างเพิ่มเติม

- ท่านได้รับการตรวจร่างกายที่  เมื่อ
- ท่านมีอาการหรือสาเหตุอย่างไรก่อนไปรับการตรวจ
- แพทย์แจ้งผลการตรวจเป็นอย่างไร? มีสิ่งผิดปกติหรือไม่?
- ท่านได้รับการรักษาหรือไม่ หรือได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าใช่โปรดให้รายละเอียด
- ท่านอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลากี่วัน  หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วแพทย์นัดให้ไปพบอีกหรือไม่ หรือมีอาการผิดปกติต้องไปพบแพทย์อีกหรือไม่ อย่างไร   
 เมื่อใด

