

ใบลงทะเบียนสมาชิก สำหรับ กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ทิพย แบบพิเศษ

ผู้ถือกรมธรรม์: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ที่อยู่: เลขที่ 1 ซอย ฉลองกรุง 1 แขวงลาดกระบัง เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว อื่นๆ โปรดระบุ) ชื่อ _____ นามสกุล _____ เพศ ชาย หญิง
วัน/เดือน/ปีเกิด ____ / ____ / ____ อายุ _____ ปี เลขประจำตัวประชาชน/พาสปอร์ต _____
อาชีพ _____ ตำแหน่ง _____ สังกัด/แผนก _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____
เบอร์โทรศัพท์ _____ มือถือ _____ อีเมล _____

ผู้รับประกันภัย :

- ชื่อ-สกุล _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____
- ชื่อ-สกุล _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ _____ เวลา _____ น. สิ้นสุดวันที่ _____ เวลา 24.00 น.

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

- ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัททิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่น หรือไม่ ?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท)
- ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียก เก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
- ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคมะเร็ง โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคมะเร็ง โรคเอดส์ หรือ มีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่?
 ไม่เคย / ไม่มี เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

ข้าพเจ้าขอเอาประกันภัยตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ที่บริษัทกำหนด และขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้มาถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีอาการใดๆ และยินยอมให้ข้อมูลนี้เป็นหลักฐานของสัญญาประกันภัย หากพบว่าข้อมูลเท็จหรือปกปิด บริษัทมีสิทธิบอกเลิกสัญญา ข้าพเจ้ามอบอำนาจให้ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและข้อมูลสุขภาพจากแพทย์หรือโรงพยาบาล รวมถึงผลตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลสุขภาพแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย บริษัทมีสิทธิตรวจสอบข้อมูลการรักษาและชั้นสูตรพลิกศพตามความจำเป็น โดยไม่ขัดต่อกฎหมาย หากข้าพเจ้าไม่ยินยอมให้ตรวจสอบ บริษัทสามารถปฏิเสธความคุ้มครองได้

วันที่..... ลงชื่อผู้เอาประกันภัย
()
กรณีผู้เยาว์ บิดา/มารดา ลงนามกระทำการแทน

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ

ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกเลิกสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

PQBU2024-AHI-61-3222