

**ใบลงทะเบียนสมาชิก สำหรับ กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ทิพย แบบพิเศษ**

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

ความสัมพันธ์กับบุคลากร โดยเป็น  
\_\_\_ 1. บิดา \_\_\_ 3. คู่สมรส \_\_\_ 5. ผู้เกษียณอายุ  
\_\_\_ 2. มารดา \_\_\_ 4. บุตร \_\_\_ 6. อาจารย์พิเศษ  
ของบุคลากรชื่อ นาย/ นาง/ น.ส.

**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 โรคลหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเมเร็ง โรคเอดส์ หรือ มีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือ โรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่?  
 ไม่เคย / ไม่มี  เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) \_\_\_\_\_

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

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

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ

ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

PQBU2024-AHI-61-3222