



ทีไลฟ์ประกันชีวิต
T Life Assurance

บริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

T Life Assurance Public Company Limited

59/5 อาคารพาราไดซ์เพลส ชั้น 4 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหนองบอน เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250

59/5 Paradise Place Building, 4th Floor, Srinagarindra Road, Nong Bon, Prawet, Bangkok 10250 THAILAND

โทร./Tel: (662) 111-0055 โทรสาร/Fax: (662) 111-0056 www.tlife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107555000481

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับสมาชิก (Group Application for Member)

ผู้ถือกรมธรรม์.....

Policyholder

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....

Application Number

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

Policy Number

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

Warning by the Office of Insurance Commission The Application must answer all questions truthfully. Any non-disclosure or false statements may cause the life insurance company to decline its claims payment. This is in accordance with the Civil & Commercial Code, Section 865

ชื่อ-นามสกุล (Name- Surname) ☐ ชาย (Male) ☐ หญิง (Female)

วันเดือนปีเกิด (Date of birth).....อายุ (Age).....ปี (yrs.) น้ำหนัก (Wt.).....กก.(kg) ส่วนสูง (Ht.).....ซม.(cm)

สัญชาติ (Nationality) สถานภาพ (Status) ☐ โสด (single) ☐ สมรส (Married) ☐ หม้าย (Widowed) ☐ หย่า (Divorced)

เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างด้าว (ID/Passport No.)..... วันบัตรหมดอายุ (Expiry Date).....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

Present Address No. Moo Name of village Soi Road

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

Sub district District Province Post code

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... ชื่อหมู่บ้าน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

Permanent Address No. Moo Name of village Soi Road

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

Sub district District Province Post code

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....

Tel. Mobile phone e-mail

อาชีพ (Occupation).....วันเริ่มทำงาน (Joining Date).....ตำแหน่ง (Position).....

หน้าที่รับผิดชอบ (Responsibility).....รายได้ต่อปี (Annual income/Salary).....

สมัครในฐานะ (Applied as) ☐ สมาชิก(Member) ☐ คู่สมรส(Spouse) ☐ บุตร (Child) ☐ ฐานะอื่นๆ ของสมาชิก (As the other Member).....

แบบประกันภัย (Insurance Plan).....จำนวนเงินเอาประกันภัย (Sum assured).....

ชื่อผู้รับประโยชน์ (Beneficiary)	อายุ (Age)	เลขที่บัตรประชาชน (ID No.)	ความสัมพันธ์(Relationship)	สัดส่วน (Proportion%)
(ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่ากัน) (The proportion will be shared equally if no specific amount is stated)				
.....
.....
.....

1. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ When applying for insurance or applying for reinstatement ,has your application ever been denied, deferred, charge extra premiums, or had to have your coverage changed to another plan other than the one you applied for ?

☐ ไม่เคย (No) ☐ เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (If Yes ,please describe)

2. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกต โดยแพทย์ว่าเป็นโรคปอดหรือปอดอักเสบ โรคหอบหืด โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดในสมอง โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเอสแอลอี โรคเบาหวาน โรคกระเพาะ โรคจิต โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง พิการทางร่างกาย โรคเลือดหรือไม่

Have you ever been diagnosed with, treated for or mentioned about lung diseases , asthma, heart diseases, hypertension, stroke ,liver diseases, biliary tract diseases , kidney diseases, alcoholism, SLE, diabetes, cancers, psychosomatic traumas, AIDS or immune deficiencies, physical abnormalities, blood diseases ?

☐ ไม่เคย (No) ☐ เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (If Yes ,please describe)

3. ท่านเสพ หรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่

Have you ever used any narcotic drugs, consumed alcohol on a regular basis, or been treated for alcoholism or drugs, or been involved in narcotics related litigation ?

☐ ไม่เคย (No) ☐ เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (If Yes ,please describe)

4. ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ การเจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพหรือไม่

In the last 5 years, have you ever injured, had a sickness, had an operation, consulted a doctor, been treated by a doctor, been given consultation by a doctor ?

☐ ไม่เคย (No) ☐ เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (If Yes ,please describe)

สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย ขอให้คำยืนยันรับรองและยินยอม ดังต่อไปนี้

The Applying Member (Individual/Juristic Person) and the Insured (Juristic Person) confirm and agree as follows.

1.ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัย และปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

I confirm that all answers in this application and declaration to the medical examiner are true. I understand that if any declaration is untrue, The Company may decline the insurance and refuse to pay for any benefit as per policy condition.

2.ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

I allow the physicians or other insurers or health institutions that may have my past health records, or those that shall do so in the future, to disclose the facts to the Company or its representatives for the purpose of underwriting this application or pay out benefits according to the policy conditions.

3.ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

I allow the Company to file, use or disclose facts of my health to the insurer(s) or reinsurer(s) or other legal organizations or medical personnel(s) With regards to underwriting this application or to pay out benefit as per policy conditions or as needed for medical purpose.

4.ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจการประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

I allow the Company to file, use or disclose facts of my health to The Office of Insurance Commission for the purpose of regulating the business of insurance.

ทำที่.....	วันที่.....
(Made at)	(Date)
ลงชื่อ (Signature).....	ลงชื่อ (Signature).....
()	()
พยาน/ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต	ผู้ขอเอาประกันภัย
(Witness/Agent/Broker)	(Applicant)

ใบอนุญาตเลขที่.....

(License No.)