



หนังสือแจ้งความประสงค์  
การทำประกันชีวิตกลุ่ม  
สหกรณ์สนับสนุนการทำประกันชีวิต

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) ..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....  
อายุ.....ปี เลขที่สมาชิก..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....  
เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์สมัครทำประกันชีวิตกลุ่ม โดยสหกรณ์สนับสนุนการทำประกันชีวิตในอัตราเบี้ยประกัน  
และวงเงินคุ้มครอง ดังนี้

วงเงินคุ้มครอง เสียชีวิตทั่วไป/อุบัติเหตุ(บาท)	สหกรณ์สนับสนุนการทำประกันชีวิต
100,000	เดือนละ 40 บาท (ปีละ 480 บาท)

- หมายเหตุ :** 1. การสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มรายใหม่ (อายุตั้งแต่ 15 - 65 ปี)  
หากผู้สมัครเสียชีวิตก่อน 1 ปี บริษัทอาจปฏิเสธการจ่ายเงินสินไหมทดแทน
- สมาชิกที่ไม่มีหนี้เงินกู้สามัญเท่านั้น
  - ประกันสิ้นสุดความคุ้มครองถึงอายุ 70 ปี
  - ประกันชีวิตกลุ่มจะมีผลคุ้มครองเมื่อบริษัทตอบรับการทำประกัน

ลงชื่อ .....ผู้สมัคร  
(.....)

**เอกสารประกอบ**

- แบบฟอร์มใบคำขอประกันภัยกลุ่มสหกรณ์
- สำเนาบัตรประชาชน (พร้อมรับรองสำเนา) 1 ฉบับ
- หนังสือตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์ (กรณีสมัครทำประกันชีวิตใหม่)



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
 เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27  
 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310  
 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 นะ-เบียนเลขที่ 0107555000376  
 www.krungthai-axa.co.th

## ใบคำขอลาประกันภัยกลุ่มสหกรณ์

ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

เลขที่

### คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

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

### 4. แบบประกันภัยที่ต้องการ

แผนประกันภัย	ความคุ้มครอง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ผู้รับผลประโยชน์  ความสัมพันธ์

6. ใบคำขอลาประกันชีวิต หรือการต่ออายุกรมธรรม์ชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณาหรือเพิ่มเบี้ยประกันภัยหรือมีข้อจำกัด หรือแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
7. ท่านเคยเป็นวัณโรค โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือ โรคเกี่ยวกับสมองหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
8. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุราหรือสิ่งมีนเมาหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
9. ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยปรึกษาแพทย์ เข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือสถาบันใดที่คล้ายคลึงกันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย

### หากตอบคำถามใน ข้อ 6 -9 เป็นคำตอบรับว่า “เคย” โปรดกรอกแบบสอบถามแถลงสุขภาพด้านล่างเพิ่มเติม

1. ท่านได้รับการตรวจร่างกายที่  เมื่อ   
 2. ท่านมีอาการหรือสาเหตุอย่างไรก่อนไปรับการตรวจ   
  
 3. แพทย์แจ้งผลการตรวจเป็นอย่างไรมีสิ่งผิดปกติหรือไม่   
  
 4. ท่านได้รับการรักษาหรือไม่ หรือได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าใช่โปรดให้รายละเอียด   
  
 5. ท่านอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลากี่วัน  หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วแพทย์นัดให้ไปพบอีกหรือไม่ หรือมีอาการผิดปกติต้องไปพบแพทย์อีกหรือไม่ อย่างไร   
 เมื่อใด   
 6. ปัจจุบันท่านยังคงได้รับการรักษาหรือไม่  ถ้ายังได้รับการรักษา ไปพบแพทย์ทุก  เดือน  
 หรือ โดยวิธี  ถ้าหยุดการรักษาแล้ว ตั้งแต่เมื่อใด   
 อาการปัจจุบันเป็นอย่างไร

7. กรณีเป็นโรคเบาหวาน กรุณาระบุระดับน้ำตาลครั้งแรกที่ตรวจรักษา   
และระดับน้ำตาลปัจจุบัน   
กรณีเป็นโรคความดันโลหิตสูง กรุณาระบุค่าความดันปัจจุบัน  /  mmHg  
กรณีท่านดื่มสุรา ท่านดื่มบ่อยแค่ไหน จำนวนแก้วที่ดื่มต่อวัน

#### การให้อภัยคำ การให้ความยินยอม และการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบว่า ถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัท ฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้าแจ้งมอบข้อมูลหรือประวัติการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา โภชเภสัช หรือการรักษา และสำเนาบันทึกทางการแพทย์ใดๆ ของข้าพเจ้า ต่อบริษัทกรุงเทพ-เอกซ์ จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัท ฯ ได้ และสำเนาภาพถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือมีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับและข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือ จ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้ากับบริษัทอื่นได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ซึ่งรวมทั้งบริษัทใด ๆ ในเครือบริษัท ไม่ว่าจะอยู่ในหรือนอกประเทศไทยก็ตาม ใช้ เปิดเผย หรือโอน ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดที่เกี่ยวกับข้าพเจ้า (ไม่ว่าข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่นจะเป็นผู้ให้ข้อมูลนั้น) ให้แก่บุคคลใด ๆ ทั้งในและ/หรือนอกประเทศไทยเพื่อวัตถุประสงค์ใด ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ คำสั่งศาล คำร้องขอใด ๆ หรือคำสั่งของหน่วยงานกำกับดูแลใด ๆ และ/หรือเพื่อการดำเนินการ การพัฒนาการประกอบการของบริษัท

เขียนที่  วันที่  เดือน  พ.ศ.

นายหน้า/ตัวแทนได้ตรวจสอบต้นฉบับของเอกสารแสดงตนของผู้ขอเอาประกันภัย และเห็นว่าตรงกับสำเนาภาพถ่ายเอกสารที่ส่งมอบให้แก่บริษัท

ลงชื่อ   
(  )  
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ   
(  )  
พยาน

ลงชื่อ   
(  )  
พยาน

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ลงชื่อเป็นพยานด้วย)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.  เลขทะเบียนสมาชิก   
สังกัด  ยินยอมให้สหกรณ์หักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตกลุ่ม  
ของผู้ขอเอาประกันภัยซึ่งเกี่ยวข้องเป็น  ของข้าพเจ้า

- เอกสารแนบ
1. สำเนาบัตรประชาชน
  2. สำเนาทะเบียนบ้าน
  3. กรณีคู่สมรสแนบบัตรประชาชนคู่สมรส ทะเบียนบ้าน

ลงชื่อ   
(  )  
ผู้ให้คำยินยอม



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
 เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27  
 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310  
 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 นะ-เบียนเลขที่ 0107555000376  
 www.krungthai-axa.co.th

# ตัวอย่างการกรอกใบคำขอฯ

## ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสหกรณ์

ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

เลขที่

### คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

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

### 4. แบบประกันภัยที่ต้องการ

แผนประกันภัย	ความคุ้มครอง
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ผู้รับผลประโยชน์  ความสัมพันธ์

6. ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการต่ออายุกรมธรรม์ชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณาหรือเพิ่มเบี้ยประกันภัยหรือมีข้อจำกัด หรือแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
7. ท่านเคยเป็นวัณโรค โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือ โรคเกี่ยวกับสมองหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
8. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุราหรือสิ่งมีนเมาหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
9. ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยปรึกษาแพทย์ เข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือสถาบันใดที่คล้ายคลึงกันหรือไม่	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย

### หากตอบคำถามใน ข้อ 6 -9 เป็นคำตอบรับว่า "เคย" โปรดกรอกแบบสอบถามแสดงสุขภาพด้านล่างเพิ่มเติม

1. ท่านได้รับการตรวจร่างกายที่  เมื่อ

2. ท่านมีอาการหรือสาเหตุอย่างไรก่อนไปรับการตรวจ

3. แพทย์แจ้งผลการตรวจเป็นอย่างไรมีสิ่งผิดปกติหรือไม่

4. ท่านได้รับการรักษาหรือไม่ หรือได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าใช่โปรดให้รายละเอียด

5. ท่านอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลากี่วัน  หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วแพทย์นัดให้ไปพบอีกหรือไม่ หรือมีอาการผิดปกติต้องไปพบแพทย์อีกหรือไม่ อย่างไร

เมื่อใด

6. ปัจจุบันท่านยังคงได้รับการรักษาหรือไม่  ถ้ายังได้รับการรักษา ไปพบแพทย์ทุก  เดือน หรือ โดยวิธี  ถ้าหยุดการรักษาแล้ว ตั้งแต่เมื่อใด

อาการปัจจุบันเป็นอย่างไร

7. กรณีเป็นโรคเบาหวาน กรุณาระบุระดับน้ำตาลครั้งแรกที่ตรวจรักษา   
และระดับน้ำตาลปัจจุบัน   
กรณีเป็นโรคความดันโลหิตสูง กรุณาระบุค่าความดันปัจจุบัน  /  mmHg  
กรณีท่านดื่มสุรา ท่านดื่มบ่อยแค่ไหน จำนวนแก้วที่ดื่มต่อวัน

#### การให้อภัยคำ การให้ความยินยอม และการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่า ถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัท ฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้าแจ้งมอบข้อมูลหรือประวัติการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา โภชเภสัช หรือการรักษา และสำเนาบันทึกทางการแพทย์ใดๆ ของข้าพเจ้า ต่อบริษัทกรุงเทพ-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัท ฯ ได้ และสำเนาภาพถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือมีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับและข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือ จ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้ากับบริษัทอื่นได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ซึ่งรวมทั้งบริษัทใด ๆ ในเครือบริษัท ไม่ว่าจะอยู่ในหรือนอกประเทศไทยก็ตาม ใช้ เปิดเผย หรือโอน ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดที่เกี่ยวกับข้าพเจ้า (ไม่ว่าข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่นจะเป็นผู้ให้ข้อมูลนั้น) ให้แก่บุคคลใด ๆ ทั้งในและ/หรือนอกประเทศไทยเพื่อวัตถุประสงค์ใด ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ คำสั่งศาล คำร้องขอใด ๆ หรือคำสั่งของหน่วยงานกำกับดูแลใด ๆ และ/หรือเพื่อการดำเนินการ การพัฒนาการประกอบการของบริษัท

เขียนที่  วันที่  เดือน  พ.ศ.

นายหน้า/ตัวแทนได้ตรวจสอบต้นฉบับของเอกสารแสดงตนของผู้ขอเอาประกันภัย และเห็นว่าตรงกันกับสำเนาภาพถ่ายเอกสารที่ส่งมอบให้แก่บริษัท

ลงชื่อ   
( **ประกัน ชีวิต**  
**นายประกัน ชีวิต** )  
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ   
(  )  
พยาน

ลงชื่อ   
(  )  
พยาน

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ลงชื่อเป็นพยานด้วย)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.  เลขทะเบียนสมาชิก   
สังกัด  ยินยอมให้สหกรณ์หักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตกลุ่ม  
ของผู้ขอเอาประกันภัยซึ่งเกี่ยวข้องเป็น  ของข้าพเจ้า

- เอกสารแนบ
- 1.สำเนาบัตรประชาชน **พร้อมเซ็นรับรองสำเนา**
  - 2.สำเนาทะเบียนบ้าน **พร้อมเซ็นรับรองสำเนา**
  - 3.กรณีคู่สมรสแบบบัตรประชาชนคู่สมรส ทะเบียนบ้าน **พร้อมเซ็นรับรองสำเนา**

ลงชื่อ   
(  )  
ผู้ให้คำยินยอม