



**คำเตือน** ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย  
ผู้ออกอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต  
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 865

ชื่อ-นามสกุล ผู้ขอเอาประกันภัย .....  
ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่ ..... กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ .....

**ส่วนที่ 1** คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ชื่อและนามสกุลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย .....ชื่อและนามสกุลเดิม .....  
ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย .....  
เพศ  ชาย  หญิง สัญชาติ ..... (กรณีถือสัญชาติ มากกว่า 1 สัญชาติ กรุณาระบุ .....)  
อายุ ..... ปี เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
สถานภาพ  โสด  สมรส  หม้าย  หย่า  
กรณีสมรส ภรรยา/สามี ชื่อ ..... นามสกุล .....  
เอกสารที่ใช้แสดง  บัตรประจำตัวประชาชน  หนังสือเดินทาง (Passport)  ทะเบียนบ้าน  อื่น ๆ โปรดระบุ .....  
เลขประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทางเลขที่ ..... วันหมดอายุ .....
- ที่อยู่และที่ทำงาน  
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่เดียวกันกับผู้ขอเอาประกันภัย  
เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่เดียวกันกับผู้ขอเอาประกันภัย  
เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....  
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....  
ที่อยู่สถานที่ทำงาน  เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน  ที่อยู่เดียวกันกับผู้ขอเอาประกันภัย  
ชื่อสถานที่ทำงาน ..... อาคาร..... เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....  
ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ .....  
โทรศัพท์ ..... อีเมล.....  
สถานที่สะดวกในการติดต่อ  ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน  ที่อยู่ปัจจุบัน  สถานที่ทำงาน  ที่อยู่เดียวกันกับผู้ขอเอาประกันภัย
- อาชีพประจำ ..... ตำแหน่ง ..... ลักษณะงานที่ทำ .....  
ลักษณะธุรกิจ ..... รายได้ต่อปี ..... บาท  
อาชีพอื่น ๆ (ถ้ามี) ..... ตำแหน่ง ..... ลักษณะงานที่ทำ .....  
ลักษณะธุรกิจ ..... รายได้ต่อปี ..... บาท  
ท่านใช้รถจักรยานยนต์ในการทำงานหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่
- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืน  
สู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่  
 ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

| บริษัท | สาเหตุ | เมื่อใด |
|--------|--------|---------|
|        |        |         |
|        |        |         |

5. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

- ไม่ดื่ม/ไม่เคย  ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ ..... แก้ว/กระป๋อง/ขวด ต่อครั้ง ความถี่..... ครั้ง ต่อสัปดาห์ ดื่มมานาน ..... ปี  
 เล็กดื่ม เมื่อ .....

6. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

- ไม่สูบบุหรี่/ไม่เคย  สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ โปรดระบุปริมาณ ..... มวน ต่อวัน สูบมานาน ..... ปี  เล็กสูบบุหรี่ เมื่อ .....

7. ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่

- ไม่เปลี่ยน  เปลี่ยน โปรดระบุ น้ำหนัก  เพิ่มขึ้น ..... กก.  ลดลง ..... กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง .....

**ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย**

8. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่

ไม่เคย  เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา | ผลการตรวจ/รักษา | สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|-----|-------------------------------------|-----------------|---|
|     |                                     |                 |   |
|     |                                     |                 |   |

9. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค ตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่  ไม่เคย  เคย หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบคำถามได้มากกว่า 1 ข้อ)

| <input type="checkbox"/> สายตาพิการ<br><input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา<br><input type="checkbox"/> โรคต้อหิน<br><input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง<br><input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต<br><input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน<br><input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม<br><input type="checkbox"/> โรคชัก<br><input type="checkbox"/> โรคปอด หรือปอดอักเสบ<br><input type="checkbox"/> โรควัณโรค<br><input type="checkbox"/> โรคไขมันในเลือดสูง<br><input type="checkbox"/> โรคมีลติเพิลสเคลอโรซิส<br><input type="checkbox"/> โรคโลหิตจาง<br><input type="checkbox"/> โรคไขรูมาติก | <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด<br><input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง<br><input type="checkbox"/> โรคหยุดหายใจขณะหลับ<br><input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง<br><input type="checkbox"/> โรคหัวใจ<br><input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ<br><input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด<br><input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร<br><input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี<br><input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> โรคของต่อมไธสมอง<br><input type="checkbox"/> โรคของต่อมหมวกไต<br><input type="checkbox"/> โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) | <input type="checkbox"/> ดีซ่าน<br><input type="checkbox"/> ม้ามโต<br><input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ<br><input type="checkbox"/> โรคไต<br><input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ<br><input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์<br><input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง<br><input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี<br><input type="checkbox"/> โรคเลือด<br><input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน<br><input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์<br><input type="checkbox"/> โรคถุงน้ำในไต<br><input type="checkbox"/> โรคนิ่ว | <input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต<br><input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ<br><input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง<br><input type="checkbox"/> โรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง<br><input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)<br><input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย<br><input type="checkbox"/> โรคจิตเวช<br><input type="checkbox"/> โรคระบบประสาท<br><input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า<br><input type="checkbox"/> ดาวนซินโดรม<br><input type="checkbox"/> โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง<br><input type="checkbox"/> โรคต่อกระดูก<br><input type="checkbox"/> โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง |
|---|--|---|---|
| โรค   | วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/ การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)  | ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ และอาการปัจจุบัน   | สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)  |
|   |  |   |   |
|   |  |   |   |

10. ท่านเคยมี หรือกำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่  ไม่เคย/ไม่มี  เคย/มี

หากเคยมี หรือ กำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> การมองเห็นผิดปกติ<br><input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนแรง<br><input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ<br><input type="checkbox"/> ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก<br><input type="checkbox"/> มีพัฒนาการช้า<br><input type="checkbox"/> ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> ไอเป็นเลือด<br><input type="checkbox"/> เหนื่อยง่ายผิดปกติ | <input type="checkbox"/> เจ็บหรือแน่นหน้าอก<br><input type="checkbox"/> ใจสั่น<br><input type="checkbox"/> ปวดท้องเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด<br><input type="checkbox"/> ท้องมาน<br><input type="checkbox"/> ท้องเสียเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> มีเลือดปนในปัสสาวะ<br><input type="checkbox"/> ปวดข้อเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง | <input type="checkbox"/> จำเลือด<br><input type="checkbox"/> คลำพบก้อนเนื้อ<br><input type="checkbox"/> อาการอ่อนเพลีย<br><input type="checkbox"/> น้ำหนักลด<br><input type="checkbox"/> ท้องเดินเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> ไข้เรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> โรคผิวหนังเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> ท้องผูกเรื้อรัง<br><input type="checkbox"/> มือวobbleส่วนเกิน ก้อน หรือติ่งเนื้อในร่างกาย | <input type="checkbox"/> การได้ยินผิดปกติ<br><input type="checkbox"/> การพูดผิดปกติ<br><input type="checkbox"/> ภาวะไขมันพอกตับ<br><input type="checkbox"/> ตัวเหลือง ตาเหลือง<br><input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ<br><input type="checkbox"/> ภาวะการมีโปรตีนปนในปัสสาวะ<br><input type="checkbox"/> ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือ มีน้ำตาลในปัสสาวะ<br><input type="checkbox"/> |
|--|--|--|---|

| คำถามเฉพาะสตรี  |                             |               |
|---|-----------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> กำลังตั้งครรภ์ .....เดือน <input type="checkbox"/> โรคแทรกซ้อน หรือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร <input type="checkbox"/> เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด<br><input type="checkbox"/> ปวดท้องมากขณะมีประจำเดือน <input type="checkbox"/> ประจำเดือนมามากผิดปกติ |                             |               |
| อาการ   | วัน/เดือน/ปีที่เริ่มมีอาการ | อาการปัจจุบัน |
|   |                             |               |
|   |                             |               |

11. สำหรับผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม.....

**ส่วนที่ 3 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบแถลงของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย กรณีซื้อสัญญาเพิ่มเติมการคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและการให้ความยินยอม**

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเกิดถอนความยินยอมตามข้อ 2, หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อยู่ของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://bit.ly/BLAPrivacyPolicy> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)
- เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [<https://bit.ly/BLAPrivacyPolicy> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)]
- ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....  
 (.....)  
 ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

**ส่วนที่ 4 คำเตือน**

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ ..... วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

(ลงชื่อ)..... (ลงชื่อ).....  
 (.....) (.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต  
 (ลงชื่อ)..... ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ในฐานะ  
 (.....) ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง  
 ของผู้ขอเอาประกันภัย  
 (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

พยาน



ลงนามผู้เอาประกันภัยผู้ปกครอง

.....