



เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย

MSIG Insurance (Thailand) Public Company Limited
1908 MSIG Building, New Petchburi Road, Bangkok,
Huay Kwang, Bangkok 10310
Tel +66 2825 8888 Fax +66 2318 8550

บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
1908 อาคาร เอ็ม เอส ไอ จี ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ
เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
เลขทะเบียนนิติบุคคล/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107555000414

213004

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม พิทักษ์สินเชื่อ

QD-UDW-062 LP-001 Rev.No. : 04 Effective 1.6.2019

1. รายชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ชื่อ สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ที่อยู่.....	
2. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้) ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว..... <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่..... สถานภาพ <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า วัน/เดือน/ปีเกิด..... น้ำหนัก/ส่วนสูง..... เชื้อชาติ/สัญชาติ...../..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... อาชีพ..... ตำแหน่ง..... สถานที่ทำงาน : ที่อยู่..... โทรศัพท์.....	
3. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์ : ลำดับที่ 1 : (ตามภาระผูกพัน) ลำดับที่ 2 :	ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย : ลำดับที่ 1 : ผู้ให้กู้ ลำดับที่ 2 :
4. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เงินกู้ในสัญญาเงินกู้) :	บาท ระยะเวลาผ่านชำระเงินกู้ :
5. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่	เวลา น. สิ้นสุดวันที่
6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ..... <input type="radio"/> ไม่ใช่	
7. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรค หรือการบาดเจ็บร้ายแรงใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ..... <input type="radio"/> ไม่ใช่	
8. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเกี่ยวกับสมอง โรคมะเร็ง โรคปอด โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร หรือโรคอื่นใด หรือมีโรคประจำตัวใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ..... <input type="radio"/> ไม่ใช่	
9. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ..... <input type="radio"/> ไม่ใช่	
10. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือคินมารา หรือสิ่งมีนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ โปรดระบุ..... <input type="radio"/> ไม่ใช่	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIVให้แก่ บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ <input type="checkbox"/> มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่..... <input type="checkbox"/> ไม่มีมีความประสงค์	
วัน/เดือน/ปีที่ขอเอาประกันภัย.....	ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย..... ()
<input type="checkbox"/> การประกันภัยตรง <input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันวินาศภัย <input type="checkbox"/> นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตเลขที่.....	
คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแสดงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญานี้ตกเป็นโมฆะซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865	