

แบบสำรวจความต้องการทำประกันชีวิตกลุ่มสำหรับสมาชิกสหกรณ์ (ภาคสมัครใจ)

Part 1: ข้อมูลทั่วไป

Description: ข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิก

1. ชื่อ – สกุล (นาย, นาง, นางสาว).....
2. เลขทะเบียนสมาชิก
3. จังหวัด (ที่ท่านปฏิบัติงานอยู่).....

Part 2: ความต้องการประกันชีวิตตามความสมัครใจของสมาชิก

Description: (โดยให้เลือกโครงการใดโครงการหนึ่งเท่านั้น โดยใส่เครื่องหมายถูกในช่องแผนความคุ้มครองที่ท่านต้องการ หากไม่ประสงค์ร่วมโครงการ ให้ใส่เครื่องหมายถูกที่ช่องไม่ประสงค์ร่วมโครงการ)

1. คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณี ทุกสถานที่ทั่วโลก เบี้ยประกัน/คน/เดือน
 - แผนที่ 1 จำนวนทุนประกัน 300,000 บาท (เบี้ยประกัน 123 บาท/คน/เดือน)
 - แผนที่ 2 จำนวนทุนประกัน 400,000 บาท (เบี้ยประกัน 164 บาท/คน/เดือน)
 - แผนที่ 3 จำนวนทุนประกัน 500,000 บาท (เบี้ยประกัน 205 บาท/คน/เดือน)
 - แผนที่ 4 จำนวนทุนประกัน 600,000 บาท (เบี้ยประกัน 246 บาท/คน/เดือน)
 - แผนที่ 5 จำนวนทุนประกัน 700,000 บาท (เบี้ยประกัน 287 บาท/คน/เดือน)
 - แผนที่ 6 จำนวนทุนประกัน 800,000 บาท (เบี้ยประกัน 328 บาท/คน/เดือน)
2. ไม่ประสงค์ร่วมโครงการ
 - ไม่ประสงค์ร่วมโครงการ



ธนาชาตประกันชีวิต
Thanachart Life Assurance

บริษัท ธนาชาตประกันชีวิต จำกัด

Thanachart Life Assurance Co., Ltd.

231 อาคารธนาชาตประกันชีวิต

ถนนราชดำริ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

231 Thanachart Life Assurance Building,

Ratchadamri Road, Lumpini, Pathumwan, Bangkok 10330 THAILAND

Tel : (662) 207-4200 Fax : (662) 253-8484 www.thanachartlife.co.th

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับสมาชิก (Application for Group Term Life for Member)

ผู้ถือกรมธรรม์ (Policyholder)

กรมธรรม์เลขที่ (Policy No.)

แบบชำระระยะเวลา
Group Yearly Renewable Term

ชื่อ-นามสกุล (Name-Last name).....เพศ (Sex) ชาย (Male) หญิง (Female)

ส่วนสูง (Height) ซม. (cms.) น้ำหนัก (Weight) กก. (kgs.) วันเดือนปีเกิด (Date of Birth).....

อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา (Age).....ปี (yrs.) สถานภาพ (Status) โสด (Single) สมรส (Married) อื่นๆ (Others).....

บัตรประชาชนเลขที่ (ID No./Passport No.).....วันออกบัตร (Issued Date).....สถานที่ออกบัตร (Issued Place).....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ (Contact Address).....

โทร. (Tel.).....

อาชีพ (Occupation).....ตำแหน่ง (Position)

หน้าที่รับผิดชอบ (Responsibility).....รายได้ต่อเดือน (Monthly Income/Salary).....

กรณีสมัครในฐานะคู่สมรส / บุตรของพนักงาน / สมาชิก (If the applicant is not an employee or member, please indicate status of applicant)

สมัครในฐานะ (Applied as) คู่สมรส (Spouse) บุตรของ (Child of).....

ความคุ้มครอง (Coverage)	ชื่อผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiaries)	ความสัมพันธ์ (Relationship)	สัดส่วน (Proportion)
.....	สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ จำกัด
.....
.....

1. ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยสาเหตุโรคหรือบาดเจ็บร้ายแรงนั้นหรือไม่ (Have you ever been injured or had a serious injury, or been treated in a hospital or clinic as a result of serious injury during the past 2 years?)
 เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please identify)..... ไม่เคย (No)
2. ท่านเคยเป็นหรือทราบว่าท่านเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ การตรวจ และ/หรือการรักษาโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต โรคหอบหืด โรคมะเร็ง โรคเลือด โรคทางสมอง โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ หรือความผิดปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่ (Have you ever been treated for or doctors recommendation that you have a heart disease, high blood pressure, diabetes mellitus, liver disease, kidney disease, asthma, cancer, blood disease, cerebral disease, AIDS(HIV positive), or serious disease?)
 เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please identify)..... ไม่เคย (No)
3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือการได้รับโรคร้ายไข้เจ็บ หรือได้รับคำแนะนำจากนายแพทย์ ให้ผ่าตัดเช่นนั้นหรือไม่ (Have you ever had or been advised from doctor to have surgical operation?)
 เคย โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please identify)..... ไม่เคย (No)
4. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บร้ายแรงหรือไม่ (At present, are you suffering from any illness or injury?)
 ใช่ โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please identify)..... ไม่ใช่ (No)
5. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (Do you have any underlying diseases ?)
 มี โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please identify)..... ไม่มี (No)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงข้างต้นนั้นเป็นความจริง และสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้า ให้แก่ บริษัท ธนาชาตประกันชีวิต จำกัด I hereby certify that the statements or answers I have given herein are true and factual and complete to my best knowledge. I permit any doctor, hospital or any other organization who have my health history records to disclose them to Thanachart Life Assurance Co., Ltd.

ลงชื่อ (Signature).....
พยาน (Witness / Broker / Agent)

ลงชื่อ (Signature).....
ผู้ขอเอาประกัน (Applicant)

วันที่ (Date).....

วันที่ (Date).....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันภัยจงตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ การแถลงข้อความใดๆ ไม่ตรงกับความจริง อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัยปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865 Note from Office of Insurance Commission Important Note Pursuant to : Civil & Commercial codes, section No.865, you are to disclose in this proposal form, fully and faithfully, all the fact which you know or ought to know, otherwise the policy issued here may be void.

.....

โครงการประกันชีวิตกลุ่มสำหรับสมาชิกสหกรณ์ (ภาคสมัครใจ)

บริษัท ธนชาติประกันชีวิต จำกัด ในเครือของบริษัททุนธนชาติ จำกัด (มหาชน) ซึ่งเป็นบริษัทจดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2536 ปัจจุบันมีฐานเงินกองทุนกว่าสองหมื่นล้านบาท และมีฐานะการเงินอันมั่นคงด้วยสินทรัพย์รวมกว่าหนึ่งแสนแปดหมื่นล้านบาท โดยปัจจุบันได้เปิดให้บริการธุรกิจการเงินครบวงจร ซึ่งครอบคลุมถึงธุรกิจเงินทุน ธนาคารพาณิชย์ หลักทรัพย์ ประกันภัยและประกันชีวิต

ดังสโลแกนที่ว่า

“ยึดมั่นในความซื่อสัตย์ เป็นเลิศในบริการ บนฐานแห่งความมั่นคง สานความรัก ความห่วงใย”

กฎเกณฑ์การรับประกันและเงื่อนไขความคุ้มครอง

1. เป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ จำกัด อายุ 15-70 ปี
2. สมาชิกที่ขอเอาประกันต้องกรอกใบสมัครและแถลงสุขภาพทุกราย
3. บริษัทจ่ายสินไหมภายใน 15 วันทำการ นับจากได้รับเอกสารครบถ้วน
4. คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณี ตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก
5. ไม่คุ้มครองการฆ่าตัวตายในปีแรกและโรคที่เป็นมาก่อนการทำประกันในปีแรก
6. มีให้เลือก 3 ทุนประกัน ดังนี้

- ทุนประกัน 300,000 บาท (เบี้ยประกันภัยชำระเป็นรายเดือน เพียง 123 บาท/คน)

- ทุนประกัน 400,000 บาท (เบี้ยประกันภัยชำระเป็นรายเดือน เพียง 164 บาท/คน)

- ทุนประกัน 500,000 บาท (เบี้ยประกันภัยชำระเป็นรายเดือน เพียง 205 บาท/คน)

7. กรมธรรม์เริ่มให้ความคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2552 สิ้นสุดวันที่ 1 มกราคม 2553

สมาชิกสหกรณ์ฯ ท่านใดที่สนใจเข้าร่วมโครงการโปรดตัดสินใจโดยด่วน

โอกาสอย่างนี้ไม่มีอีกแล้ว “เบี้ยประกันถูกสุดๆ ให้ความคุ้มครองสูง”

การสมัครง่ายมาก...เพียงท่านกรอกใบสมัคร(ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม) พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรข้าราชการ และสำเนาทะเบียนบ้าน ส่งที่สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ จำกัด

** หากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือมีข้อสงสัยประการใด โปรดติดต่อสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ จำกัด โทร. 0-2628-5309