PRUDENTIAL
พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต

บริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9/9 อาคารแอทสาทร ชั้น 20-27 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
ศูนย์บริการลูกค้า : โทรศัพท์ 1621 โทรสาร : 0 2353 4888
อีเมล : hotline@prudential.co.th เว็บไซต์ : www.prudential.co.th
ทะเบียนและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรเลขที่ 0107537001897

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ถูกเอาประกันภัย(ถ้ามี)ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินคืนค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบ ☐ บุคคลธรรมดา ☐ นิติบุคคล **ประเภทความคุ้มครอง** ☐ บุคคลทั่วไป ☐ สินเชื่อ

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ GMLxxx ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....

ส่วนที่ 1: คำถามเกี่ยวกับข้อมูลและรายละเอียดการขอเอาประกันภัยของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (แบบบุคคลธรรมดา)/ผู้ถูกเอาประกันภัย (แบบนิติบุคคล)

1. สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (แบบบุคคลธรรมดา)/สำหรับผู้ถูกเอาประกันภัยซึ่งมีอำนาจลงนามและผูกพันสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (แบบนิติบุคคล)

☑ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว เศรษฐี นามสกุล ทรัพยมาก สกุลเดิม.....
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2500 อายุ 60 ปี เพศ ☐ชาย ☐หญิง สัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย
สถานภาพ ☑โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ อื่นๆ .....
เลขประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างชาติ xxxxxxxxxxxxx
สถานที่ออกบัตร เขตคลองสาน ลงวันที่ 13 มกราคม 2560 วันหมดอายุ 24 ธันวาคม 2568
ที่อยู่ปัจจุบัน 999 ม.9 แขวงบางลำภูล่าง เขตคลองสาน กทม. รหัสไปรษณีย์ 10600
โทรศัพท์ 02 xxxxxxx โทรสาร..... มือถือ 087-xxx-xxxx อีเมล .....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน 999 ม.9 แขวงบางลำภูล่าง เขตคลองสาน กทม. รหัสไปรษณีย์ 10600
โทรศัพท์ 02 xxxxxxx โทรสาร..... มือถือ 087-xxx-xxxx อีเมล .....
สถานที่ทำงาน บมจ.พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) อาคาร.....
เลขที่ 9/9 หมู่ที่ 4 ชั้น..... ตรอก/ซอย..... ถนน สาทร ตำบล/แขวง ยานนาวา
อำเภอ/เขต สาทร จังหวัด กทม. รหัสไปรษณีย์ 10120 โทรศัพท์ 02 xxxxxxx โทรสาร.....
สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☑สถานที่ทำงาน

2. อาชีพประจำ พนักงานบมจ.ประกัน ตำแหน่ง ผู้ช่วยผู้จัดการ ลักษณะงานที่ทำ ฝ่ายปฏิบัติการ ลักษณะธุรกิจ.....
รายได้ประจำต่อปี 130,000 บาท รายได้อื่นๆ ต่อปี.....บาท
แหล่งที่มาของรายได้ (นอกเหนือจากอาชีพหลัก).....จากประเทศ.....

3. รายละเอียดภาระหนี้สินเชื่อ: บัญชีสินเชื่อ คือ

บัญชีสินเชื่อ	วงเงินสินเชื่ออนุมัติ (บาท)	วงเงินสินเชื่อคงค้าง (บาท)	ระยะเวลาผ่อนชำระที่เหลืออยู่ (ปี)	วันที่อนุมัติสินเชื่อ

4. ยอดเงินกู้ 200,000 บาท ระยะเวลากู้ 4 ปี ผู้กู้ร่วม ☐ ไม่มี ☐ มี จำนวนผู้กู้ร่วม.....คน ได้แก่
(1) ชื่อ – นามสกุล..... อายุ ..... ปี ความสัมพันธ์.....
(2) ชื่อ – นามสกุล..... อายุ ..... ปี ความสัมพันธ์.....

5. แบบประกัน ☐ Smile Home ☐ Smile Home Plus
☐ Smile SME (Personal) ☐ Smile SME (Business) ☐ Smile Loan (Personal) ☐ Smile Loan (Business)
ยอดเงินที่ขอเอาประกันภัย 200,000 บาท ระยะเวลาที่ขอเอาประกันภัย 4 ปี
จำนวนเบี้ยประกันภัย x,xxx บาท ☐ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว (☐ เงินสด ☐ กู้เพิ่ม)
☐ ชำระเบี้ยประกันภัยรายงวด (☐ รายปี ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ รายเดือน)

สัญญาเพิ่มเติมที่ต้องการ	ความคุ้มครอง(บาท)
.....	.....
.....	.....

6. ผู้รับประโยชน์ *(กรณีคุ้มครองสินเชื่อและต้องการให้สถาบันการเงินเป็นผู้รับประโยชน์ โปรดระบุชื่อสถาบันการเงินเป็นผู้รับประโยชน์ลำดับที่ 1)*

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล / สถาบันการเงิน	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	ร้อยละของผลประโยชน์
1	สหกรณ์ xxxxxxx			
2	นายบารมี มากบุญ		บุตร	

ส่วนที่ 2 : คำถามเกี่ยวกับข้อมูลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (สำหรับแบบนิติบุคคลเท่านั้น)

7. ข้าพเจ้า (นิติบุคคล).....ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่.....
วันที่จดทะเบียน..... สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่..... ชั้น..... อาคาร.....
ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....โทรสาร.....เว็บไซต์.....

8. ผู้ถูกเอาประกันภัย คือ นาย/นาง/นางสาว ..... ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามและผูกพันสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ขอแถลงข้อความเพื่อประกอบการขอเอาประกันภัย ดังต่อไปนี้

8.1 ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) นำชีวิตของข้าพเจ้าไปทำประกันชีวิตรายละเอียดตามใบคำขอเอาประกันชีวิตฉบับนี้ได้

8.2 ข้าพเจ้ารับทราบและยอมรับว่าผลประโยชน์จากการประกันภัยนี้จะตกเป็นของผู้ถือกรมธรรม์ ตามภาระหนี้สินของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ที่ผูกพันอยู่กับผู้ถือกรมธรรม์ และส่วนที่เหลือจากภาระหนี้สินที่ผูกพันอยู่กับผู้ถือกรมธรรม์ (ถ้ามี) จะตกเป็นของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล)

ส่วนที่ 3: คำแถลงสุขภาพ (สำหรับแบบบุคคลธรรมดา และ แบบนิติบุคคล)

9. ถ้อยแถลงสุขภาพโดยบุคคลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (แบบบุคคลธรรมดา) / ผู้ถูกเอาประกันภัย (แบบนิติบุคคล)

9.1 น้ำหนัก 58 กก. ส่วนสูง 160 ซม. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
☑ ไม่เปลี่ยนแปลง ☐ เพิ่มขึ้น.....กก. ☐ ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

9.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☑ ไม่เคย ☐ เคย
ถ้าเคย โปรดระบุบริษัท..... สาเหตุ..... เมื่อใด.....

9.3 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ☑ ไม่เคย ☐ เคย
หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ โรคหัวใจ ☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ ☐ โรคตับ ☐ โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคความดันโลหิตสูง ☐ โรคมะเร็ง ☐ โรควัณโรค ☐ โรคประสาท
☐ โรคไต ☐ โรคหลอดเลือดในสมอง ☐ โรคแผลในทางเดินอาหาร ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง

กรณีเคยเป็นโรคใดโรคหนึ่งข้างต้น โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษา.....ชื่อของแพทย์ (หากระบุได้โปรดระบุ).....
สถานพยาบาลที่รักษา.....อาการในปัจจุบัน.....

9.4 ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☑ ไม่เสพ/ ไม่เคย ☐ เสพ/เคยเสพ ☐ เลิกเสพ เมื่อ.....
ถ้า เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ..... ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี

9.5 ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☑ ไม่ดื่ม/ ไม่เคย ☐ ดื่ม/เคยดื่ม ☐ เลิกดื่ม เมื่อ.....
ถ้า ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด..... .....ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี

9.6 ท่านสูบหรือเคยสูบ บุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☑ ไม่สูบ/ ไม่เคย ☐ สูบ/ เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี
☐ เลิกสูบ เมื่อ.....โปรดระบุสาเหตุที่เลิกสูบ.....

9.7 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ☑ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด ตรวจอะไร.....เมื่อใด.....
สถานที่ตรวจ.....ผลการตรวจ.....ข้อสังเกตโดยแพทย์.....

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มิได้ระบุไว้ข้างต้น
☑ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด อาการ..... เมื่อใด.....
ชื่อสถานพยาบาล.....ผลการรักษา.....

สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย(บุคคลธรรมดา/นิติบุคคล) และผู้ถูกเอาประกันภัย(นิติบุคคล) ขอให้คำยืนยันรับรองและยินยอม ดังต่อไปนี้

ก. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

ข. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

ค. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ง. กรณีขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบนิติบุคคล ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ณ ขณะที่ข้าพเจ้ายื่นขอเอาประกันภัยกับบริษัท ข้าพเจ้ามีฐานะเป็นผู้มีอำนาจลงนามและผูกพันสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (นิติบุคคล) ตามหนังสือรับรองของนิติบุคคลจริง

จ. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้และเปิดเผยข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยเพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

เขียนที่ สหกรณ์xxxxxxx วันที่ 17 เดือน มกราคม พ.ศ. 25xx

1.หากสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้ถูกเอาประกันภัยยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

2.ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ลงชื่อ เศรษฐี ทรัพยมาก
( )
สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย(บุคคลธรรมดา/นิติบุคคล)

ประทับตรา นิติบุคคล (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....
( )
ผู้ถูกเอาประกันภัย(นิติบุคคล)

ลงชื่อ.....
(จทท.สอ.)
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ.....
( )
พยาน

ผู้วิเคราะห์สินเชื่อ ชื่อ.....รหัสพนักงาน.....
รหัสตัวแทน / นายหน้า.....สาขา.....รหัสสาขา.....โทร.....
เจ้าหน้าที่สาขา ชื่อ.....รหัสพนักงาน.....
รหัสตัวแทน / นายหน้า.....สาขา.....รหัสสาขา.....โทร.....