

ธนาคาร _____ เลขที่ _____ วันที่ _____

แผนความคุ้มครองชีวิตเซเว่นรายได้ที่ต้องการ _____ บาท เบี้ยประกัน _____ บาท/ปี

ข้อมูลผู้สมัคร(ผู้ใหญ่) หรือ ผู้ปกครอง

- ชื่อสกุล นาย/นาง/นางสาว _____ วันเกิด ____/____/____ อายุ ____ ปี
 ID Card อื่นๆ _____ เลขที่ _____ โสัด สมรส หม้าย หย่า สามเษก/ภรรยา _____
- สถานที่ติดต่อ / จัดส่งเอกสาร ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่ทำงาน
 ที่อยู่ปัจจุบัน _____ Tel. _____
 สถานที่ทำงาน _____ Tel. _____
- อาชีพ _____ ตำแหน่ง/หน้าที่/แผนก _____ ลักษณะธุรกิจ _____ รายได้/ปี _____ บาท
- ชื่อผู้รับผลประโยชน์ อายุ ความสัมพันธ์ ที่อยู่ ส่วนแบ่ง
 _____ %
 _____ %
 _____ %
- ปัจจุบันมีประกันชีวิตกับที่ไหน /ทุนเท่าไร ? _____ ขณะนี้มีผลบังคับหรือไม่ _____ เคยถูกปฏิเสธหรือเพิ่มเบี้ยหรือไม่ _____
- ปัจจุบันสุขภาพเป็นอย่างไร _____ ส่วนสูง ____ ซม. น้ำหนัก ____ กก. 6เดือนที่ผ่านมาเพิ่ม/ลด _____ เพราะ _____
- คนในครอบครัวเคยมีโรคประจำตัวใด _____ ,ท่านเคยตรวจ HIV หรือไม่ _____ ,ติ่มเหล้าหรือไม่ _____ ก็ครึ่ง/สปีดาร์ _____
- ท่านเคยสูบบุหรี่หรือไม่ _____ นานเท่าไร _____ ปี, ปัจจุบันสูบบุหรี่หรือไม่ _____ วันละ _____ มวน
- 5 ปีที่ผ่านมาท่านมีการตรวจสุขภาพ ตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น **X-ray EKG** เลือก หรือตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษหรือไม่ (อะไร,ที่ไหน,เมื่อไร,ผล) _____
- เฉพาะสตรี** เคยมีอาการผิดปกติที่เต้านม ของคลออด มดลูก รังไข่ แท้งบุตร หรือไม่ _____ อย่างไร _____
- บุคคลที่ติดต่อกรณีฉุกเฉิน(ชื่อ ที่อยู่ เบอร์) _____

ข้อมูลผู้สมัคร (กรณีอายุต่ำกว่า15 ปี)

- ด.ช./ด.ญ _____ วันเกิด ____/____/____ อายุ ____ ปี ชื่อสถานศึกษา _____
 ส่วนสูง ____ ซม. น้ำหนัก ____ กก. คลอดก่อนกำหนดหรือผิดปกติหรือไม่ _____
 6 เดือนที่ผ่านมา เพิ่ม/ลด เท่าไร _____ เพราะ _____
 5 ปีที่ผ่านมา เคยเจ็บป่วย-อุบัติเหตุ (อะไร ที่ไหน เมื่อไร ผลเป็นอย่างไร) _____
- ชื่อบิดา _____ วันเกิด ____/____/____ อายุ ____ ปี ยังมีชีวิตอยู่ เสียชีวิต การทำประกัน _____
 ชื่อมารดา _____ วันเกิด ____/____/____ อายุ ____ ปี ยังมีชีวิตอยู่ เสียชีวิต การทำประกัน _____
- ผู้เยาว์มีประกันชีวิตกับบริษัทใด/ทุนเท่าไร /มีผลบังคับหรือไม่ _____

ผู้ขอเอาประกัน

บิดา

มารดา
