

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่  
63/2 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง  
เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
โทรศัพท์ 1736, 0-22392225  
โทรสาร 0-26432997  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี  
0107538000533



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

HEAD OFFICE ADDRESS  
63/2 Rama 9 Road, Huay Kwang,  
Bangkok 10310  
Tel . 1736, 02-2392225  
Fax 0 26432997  
บมจ. 576  
www.dhipaya.co.th

**ใบคำขอเอาประกันภัยการประกันภัยผู้ลี้ประกัน**

ผู้เอาประกัน / ผู้ลี้ประกัน

ด้วยข้าพเจ้า / ผู้ลี้ประกันดังรายชื่อต่อไปนี้

ทำที่.....

วันที่.....

- ..... เลขสมาชิก..... ตำแหน่ง.....  
เงินเดือน..... บาท อายุงาน..... ปี..... เดือน วคป.เกิด..... ชื่อสถานที่ทำงาน.....  
..... จังหวัด..... เบอร์โทร..... และ
- ..... เลขสมาชิก..... ตำแหน่ง.....  
เงินเดือน..... บาท อายุงาน..... ปี..... เดือน วคป.เกิด..... ชื่อสถานที่ทำงาน.....  
..... จังหวัด..... เบอร์โทร..... และ
- ..... เลขสมาชิก..... ตำแหน่ง.....  
เงินเดือน..... บาท อายุงาน..... ปี..... เดือน วคป.เกิด..... ชื่อสถานที่ทำงาน.....  
..... จังหวัด..... เบอร์โทร..... และ
- ..... เลขสมาชิก..... ตำแหน่ง.....  
เงินเดือน..... บาท อายุงาน..... ปี..... เดือน วคป.เกิด..... ชื่อสถานที่ทำงาน.....  
..... จังหวัด..... เบอร์โทร..... และ

**รายละเอียดการทำประกัน**

มีความประสงค์ที่จะเอาประกันความรับผิดในนามของผู้ลี้ประกันให้กับผู้ลี้ สำหรับจำนวนผู้ลี้ที่ค้างชำระเงิน 2 งวด ติดต่อกันตาม  
สัญญาค่าประกันที่ตกลงกันไว้ และผู้ลี้ได้พ้นสภาพจากการเป็นสมาชิกของผู้ลี้แล้วเท่านั้น โดยสัญญาค่าประกันดังกล่าวต้องมี  
ความผูกพันตามสัญญาเงินกู้ประเภท..... เลขที่..... วันที่.....

จำนวนเงิน..... บาท

มีระยะเวลาชำระคืน..... อัตราดอกเบี้ย (%)..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท

(\*จำนวนเงินเอาประกันภัย หมายถึง จำนวนเงินที่มีความเสี่ยงภัย คือ เงินกู้ หักด้วยมูลค่าหุ้นของผู้ลี้) ทั้งนี้จำนวนจำกัดความรับผิด  
คือยอดเงินต้นที่เหลือ (ไม่รวมดอกเบี้ยและอุปกรณ์แห่งหนี้เงินกู้รายนั้น) หักด้วยทรัพย์สิน และสิทธิประโยชน์ต่างๆ ของผู้ลี้ที่มีอยู่  
กับผู้ลี้ทั้งหมดแล้วหักด้วยความรับผิดส่วนแรกของผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเอง

ขอรับรองว่าคำแถลงข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ลี้ประกัน 1

ลงชื่อ..... ผู้ลี้ประกัน 3

ลงชื่อ..... ผู้ลี้ประกัน 2

ลงชื่อ..... ผู้ลี้ประกัน 4

**หนังสือยินยอมและเห็นชอบจากผู้ลี้**

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า..... สถานที่ทำงาน.....

..... จังหวัด..... เบอร์โทร..... เลขที่สมาชิก..... ซึ่งเป็นผู้กู้เงินตาม

สัญญากู้ยืมเงินเลขที่..... ลงวันที่..... จำนวนเงินกู้..... บาท ที่ได้ทำสัญญากู้ยืมเงินไว้

กับ..... ในฐานะผู้ลี้ผู้นั้น ข้าพเจ้าให้ความยินยอม ดังนี้

- ในกรณีที่ข้าพเจ้าผิดนัดชำระหนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ลี้ให้นำทรัพย์สิน และสิทธิประโยชน์ต่างๆ ของข้าพเจ้าที่มีอยู่กับผู้ลี้ผู้ลี้  
จำนวนมาหักชำระหนี้ที่ค้างชำระฯ ได้ก่อนเป็นอันดับแรก
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทประกันภัยซึ่งชำระหนี้แทนผู้ลี้ประกันมีสิทธิไต่เบี่ยเอาจากข้าพเจ้าทันที ตามจำนวนเงินที่ได้ชด ใช้  
ไปนั้น ในฐานะผู้ลี้ประกันตามมาตรา 229 ม 693 และในฐานะผู้รับประกันภัยตามมาตรา 880 แห่งประมวลกฎหมายแพ่ง  
และพาณิชย์

ลงชื่อ..... ผู้ลี้

(.....)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ติดตามข่าวสารข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาที่ตนทำเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทฯ มีสิทธิบอกกล่าว  
สัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 และอาจปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้