

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอประกันภัย

10. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและหรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ป็นโรคร้ายแรงใดๆ ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....
11. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี
- หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

| | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง | <input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต |
| <input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรค อัมพาต | <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด | <input type="checkbox"/> โรคไต | <input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ |
| <input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร | <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง |
| <input type="checkbox"/> โรควัณโรค | <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี | <input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์ | <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน |
| <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด | <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> โรคเลือด | <input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์ |
| <input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง | | |

| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์) | การรักษา และอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|-----|---|------------------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

12. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ
- ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

| ตรวจอะไร | เมื่อใด | สถานที่ตรวจ | ผลการตรวจ | ข้อสังเกตโดยแพทย์ |
|----------|---------|-------------|-----------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |

- ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น
 ไม่เคย เคย (ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด)

| อาการ | วันเดือนปีที่รับการรักษา | สถานพยาบาล | ผลการรักษา |
|-------|--------------------------|------------|------------|
| | | | |
| | | | |

ส่วนที่ 3 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมี ขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

(ลงชื่อ)
 (.....)
 ผู้ขอเอาประกันภัย



หนังสือแจ้งความประสงค์
การทำประกันชีวิตกลุ่ม
สหกรณ์สนับสนุนการทำประกันชีวิต

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า วัน/เดือน/ปีเกิด.....
อายุ.....ปี เลขที่สมาชิก..... เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....
เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์สมัครทำประกันชีวิตกลุ่ม โดยสหกรณ์สนับสนุนการทำประกันชีวิตในอัตราเบี้ยประกัน และ
วงเงินคุ้มครอง ดังนี้

| วงเงินคุ้มครอง เสียชีวิตทั่วไป/อุบัติเหตุ(บาท) | สหกรณ์สนับสนุนการทำประกันชีวิต |
|---|--------------------------------|
| 100,000 | เดือนละ 50 บาท (ปีละ 600 บาท) |

หมายเหตุ : 1. การสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มรายใหม่ หากผู้สมัครเสียชีวิตก่อน 1 ปี บริษัทอาจปฏิเสธการจ่ายเงินสินไหม
ทดแทน

2. สมาชิกที่ไม่มีหนี้เงินกู้สามัญ เท่านั้น
3. ประกันสิ้นสุดความคุ้มครองถึงอายุ 70 ปี
4. ประกันชีวิตกลุ่มจะมีผลคุ้มครองเมื่อบริษัทตอบรับการทำประกัน

ลงชื่อผู้สมัคร
(.....)

เอกสารประกอบ

- แบบฟอร์มใบคำขอสมัครทำประกันชีวิตกลุ่ม
- หนังสือแจ้งความประสงค์การทำประกันชีวิตกลุ่ม
- สำเนาบัตรประชาชน
- หนังสือตั้งผู้รับโอนผลประโยชน์ (กรณีสมัครทำประกันชีวิตใหม่)