



ใบสมัครประกันภาคสมัครใจ ภาคคุ้มครอง และบุตร

รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว..... วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี เลขที่สมาชิก..... () สมาชิกสหกรณ์ () คู่สมรส () บุตร เลขประจำตัวประชาชน.....สัญชาติ.....เชื้อชาติ..... วัน/เดือน/ปี ที่ออกบัตร.....วัน/เดือน/ปี ที่หมดอายุ..... ที่อยู่ตามบัตรประชาชน..... ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ () ที่อยู่ตามบัตรประชาชน () ที่อยู่อื่น..... ** จำนวนเงินเอาประกันภัย 500,000 บาท โดยผู้รับผลประโยชน์จะเป็นทายาทตามกฎหมาย **	<p style="text-align: center;">ส่วนของผู้เอาประกันภัย</p> ยอดชำระ.....บาท วิธีการชำระ () เงินสด () เงินโอน <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px 0;"> จำนวนเงินเอาประกันภัย 500,000 บาท </div> วันที่รับเอกสาร..... วันที่มีผลบังคับ..... เจ้าหน้าที่.....
---	---

รายละเอียดประวัติการรักษา

ข้าพเจ้าเคยเป็น ทราบว่าเป็น ได้รับคำแนะนำ และ/หรือรักษาโรคดังต่อไปนี้หรือไม่	ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดผลการรักษาและอาการปัจจุบัน	
1. โรคใดโรคหนึ่งเกี่ยวกับปอดหรือระบบหายใจ	() ไม่เคย	() เคย
2. โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเลือด เส้นเลือด	() ไม่เคย	() เคย
3. โรคทางสมองหรือระบบประสาท ลมบ้าหมู อัมพาต	() ไม่เคย	() เคย
4. โรคใด ๆ เกี่ยวกับตับ ถุงน้ำดี ภาวะอาหารหรือลำไส้ ไล่เลื่อน	() ไม่เคย	() เคย
5. โรคเบาหวาน คอพอก โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โรคไต โรคนิ้ว	() ไม่เคย	() เคย
6. ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อกามโรค หรือเชื้อไวรัสโรคเอดส์	() ไม่เคย	() เคย
7. โรคใด ๆ เกี่ยวกับกระดูก หรือข้ออักเสบ	() ไม่เคย	() เคย
8. ความบกพร่องหรือพิการ ทางร่างกาย หรือจิตใจ	() ไม่เคย	() เคย
9. โรคมะเร็ง หรือเนื้องอกที่ผิดปกติ	() ไม่เคย	() เคย
10. ภายใน 2 ปี เคยรับการรักษา การบาดเจ็บ การผ่าตัด นอกจากโรคข้างต้นนี้หรือไม่	() ไม่เคย	() เคย

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาลหรือองค์กรสถาบัน ที่ทำการรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจ รักษา ทั้งหมดของข้าพเจ้าแก่บริษัทประกันที่สหกรณ์ออมทรัพย์ได้ถือกรรมธรรมไว้ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เพื่อนำผลมาใช้ประกอบการพิจารณารับประกัน หรือพิจารณาค่าสินไหมทดแทน

ลงชื่อ.....ผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....