

## ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก)

ชื่อตัวแทน / นายหน้า  กรมธรรม์เลขที่  กรณีไม่ต้องแสดงสุขภาพ ให้กรอกเฉพาะ ส่วนที่ 1  
สมาชิกเลขที่  ชื่อกลุ่ม  กรณีต้องแสดงสุขภาพ ให้กรอก ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2

### คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ม. 865

#### ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล   
เพศ ☒ ชาย ☒ หญิง | เชื้อชาติ  | สัญชาติ   
ชื่อ-สกุล (เดิม)   
ชื่อ-สกุล ภรรยา/สามี   
สถานภาพ ☒ โสด ☒ สมรส ☒ หม้าย ☒ หย่า  
วzp เกิด  อายุ ณ วันที่เกิดที่ผ่านมzp ปี   
เลขประจำตัวประชาชน   
เอกสารที่ใช้แสดง  
☒ บัตรประชาชน วันบัตรหมดอายุ   
☒ หนังสือเดินทาง เลขที่  วันหมดอายุ

#### ที่อยู่

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน   
จังหวัด  รหัสไปรษณีย์   
ที่อยู่ปัจจุบัน   
จังหวัด  รหัสไปรษณีย์   
ชื่อ/ที่อยู่สถานที่ทำงาน   
จังหวัด  รหัสไปรษณีย์   
สถานที่ติดต่อ  
☒ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน | ☒ ที่อยู่ปัจจุบัน | ☒ สถานที่ทำงาน  
หมายเลขโทรศัพท์   
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ   
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน   
อีเมล

#### อาชีพ

อาชีพ / ตำแหน่ง / หน้าที่   
ประเภทธุรกิจ  รายได้รวมต่อปี

#### กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

ธนาคาร/นุ ประเภทเงินกู้   
วงเงินกู้  บาท

#### แบบประกันภัย

แบบประกันภัย  ระยะเวลาเอาประกันภัย  ปี | จำนวนเงินเอาประกันภัย  บาท  
จำนวนเบี้ยประกันภัย  บาท | งดการชำระเบี้ยประกันภัยราย ☒ เดือน ☒ 3 เดือน ☒ 6 เดือน ☒ ปี

#### ผู้รับประโยชน์ (\*กรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคน และไมระบุร้อยละของผลประโยชน์ จะจ่ายผลประโยชน์ให้คนละเท่าๆกัน)

ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์   
เลขประจำตัวประชาชน  หรือ  
หนังสือเดินทาง เลขที่  | อายุ  ปี  
ที่อยู่   
ความสัมพันธ์  ส่วนแบ่ง  %

ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์   
เลขประจำตัวประชาชน  หรือ  
หนังสือเดินทาง เลขที่  | อายุ  ปี  
ที่อยู่   
ความสัมพันธ์  ส่วนแบ่ง  %

#### กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรมธรรม์ (สถาบันการเงิน / สหกรณ์) เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำชำระ เงินผลประโยชน์ที่เหลือจะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ข้างต้น

#### คำถามผู้ขอเอาประกันภัย

ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด ☒ ไม่เคย ☒ เคย

ชื่อบริษัท  สาเหตุ  เมื่อวันที่   
ชื่อบริษัท  สาเหตุ  เมื่อวันที่

## ข้อมูลสุขภาพ

- ส่วนสูง  ซม. | น้ำหนัก  กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่าน ☒ คงเดิม ☒ เพิ่มขึ้น ☐ ลดลง ☐ กก.
- ท่านเสพยาหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☒ ไม่เสพยา/ไม่เคย ☒ เสพยา/เคยเสพยา
- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☒  
และให้ระบุโรค และการรักษาตามรายละเอียดในตารางด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☒ ไม่เคย ☒ เคย
- |                                             |                                                         |                                                 |                                       |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน         | <input type="checkbox"/> โรคประสาท                      | <input type="checkbox"/> โรคหอบหืด              | <input type="checkbox"/> โรคไต        |
| <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ           | <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง             | <input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี | <input type="checkbox"/> โรคชัก       |
| <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ            | <input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง     | <input type="checkbox"/> โรคจิต       |
| <input type="checkbox"/> โรคเลือด           | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ                       | <input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร   | <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ |
| <input type="checkbox"/> พักการทางร่างกาย   | <input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง | <input type="checkbox"/> โรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์  | <input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี  |

| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่รักษา<br>(โปรดระบุวันที่ได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา<br>หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์) | การรักษาและอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่รักษา<br>(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------|
|     |                                                                                                         |                          |                                                     |

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ☒ ไม่เคย ☒ เคย

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

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ เจ็บป่วย ได้รับการผ่าตัด ปฏิเสธแพทย์ ได้รับการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือได้รับการรักษาในสถานพยาบาล ที่มีบัตรเลขที่ขึ้นต้น หรือไม่มี ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ☒ ไม่เคย ☒ เคย

| อาการ | วัน / เดือน / ปี<br>ที่ได้รับการรักษา | สถานพยาบาล | ผลการรักษา |
|-------|---------------------------------------|------------|------------|
|       |                                       |            |            |

## การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้

ข้าพเจ้าประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☒ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ☒ ไม่มีความประสงค์

## ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัย

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือตัวแทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

## ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่  วันที่  เดือน  พ.ศ.

ลงชื่อ  พยาน  ลงชื่อ  ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ  ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ:  บิดา / มารดา   
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

## ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก) ตัวอย่าง

ชื่อตัวแทน / นายหน้า  กรมธรรม์เลขที่  กรณีไม่ได้อยู่แสดงคุณภาพ ให้กรอกเฉพาะ ส่วนที่ 1  
สมาชิกเลขที่  ชื่อกลุ่ม  กรณีได้อยู่แสดงคุณภาพ ให้กรอก ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2

## คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ม. 865

## ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล  นายสมชาย ใจกล้า  
เพศ ☒ ชาย ☐ หญิง | เชื้อชาติ  ไทย | สัญชาติ  ไทย  
ชื่อ-สกุล (เดิม)  -  
ชื่อ-สกุล ภรรยา/สามี  -  
สถานภาพ ☒ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า  
ว.ป. เกิด  1  01  2519 อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา  43 ปี  
เลขประจำตัวประชาชน  0  3  2  5  6  6  5  5  4  4  5  5  2  
เอกสารที่ใช้แสดง  
☒ บัตรประชาชน วันบัตรหมดอายุ  31  12  2565  
☒ หนังสือเดินทาง เลขที่              
วันหมดอายุ

## ที่อยู่

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน 1/1 ถ.รัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง  
จังหวัด  กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์  1  0  1  3  0  
ที่อยู่ปัจจุบัน 1/1 ถ.รัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง  
จังหวัด  กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์  1  0  1  3  0  
ชื่อ/ที่อยู่สถานที่ทำงาน   
  
จังหวัด  รหัสไปรษณีย์   
สถานที่ติดต่อ  
☒ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน | ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน | ☒ สถานที่ทำงาน  
หมายเลขโทรศัพท์            
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ  0  8  1  0  0  0  0  0  0  0  
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน            
อีเมล

## อาชีพ

อาชีพ / ตำแหน่ง / หน้าที่   
ประเภทธุรกิจ  รายได้รวมต่อปี

## กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

กรณีระบุประเภทเงินกู้  สามัญ  
วงเงินกู้  800,000 บาท

## แบบประกันภัย

แบบประกันภัย  ระยะเวลาเอาประกันภัย  ปี | จำนวนเงินเอาประกันภัย  บาท  
จำนวนเบี้ยประกันภัย  บาท | จดการชำระเบี้ยประกันภัยราย ☒ เดือน ☒ 3 เดือน ☒ 6 เดือน ☒ ปี

## ผู้รับประโยชน์ (\*กรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคน และไม่ระบุรายละเอียดของผลประโยชน์ จะจ่ายผลประโยชน์ให้คนละเท่าๆกัน)

ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์  สหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิชาการเกษตร จำกัด  
เลขประจำตัวประชาชน             หรือ  
หนังสือเดินทาง เลขที่             | อายุ  ปี  
ที่อยู่   
ความสัมพันธ์  เจ้าหนี้ ส่วนแบ่ง  100 %

ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์   
เลขประจำตัวประชาชน             หรือ  
หนังสือเดินทาง เลขที่             | อายุ  ปี  
ที่อยู่   
ความสัมพันธ์  ส่วนแบ่ง  %

## กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรมธรรม์ (สถาบันการเงิน / สหกรณ์) เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ชำระ เงินผลประโยชน์ที่เหลือจะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ข้างต้น

## คำถามผู้ขอเอาประกันภัย

ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม  
หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด ☒ ไม่เคย ☐ เคย

ชื่อบริษัท  สาเหตุ  เมื่อวันที่     
ชื่อบริษัท  สาเหตุ  เมื่อวันที่

## ข้อมูลสุขภาพ

- ส่วนสูง 170 ซม. น้ำหนัก 75 กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักของท่าน ☒ คงเดิม ☐ เพิ่มขึ้น ☐ ลดลง ☐ กก.
- ท่านเคยหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☒ ไม่เคย ☐ เคย
- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☒ และให้ระบุโรค และการรักษาตามรายละเอียดในตารางด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☒ ไม่เคย ☐ เคย
 

|                                                        |                                                                    |                                                            |                                                  |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> โรคเบาหวาน         | <input checked="" type="checkbox"/> โรคประสาท                      | <input checked="" type="checkbox"/> โรคหอบหืด              | <input checked="" type="checkbox"/> โรคไต        |
| <input checked="" type="checkbox"/> โรคหัวใจ           | <input checked="" type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง             | <input checked="" type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี | <input checked="" type="checkbox"/> โรคชัก       |
| <input checked="" type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง | <input checked="" type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ            | <input checked="" type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง     | <input checked="" type="checkbox"/> โรคจิต       |
| <input checked="" type="checkbox"/> พิกัดทางร่างกาย    | <input checked="" type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง | <input checked="" type="checkbox"/> โรคเฝอในทางเดินอาหาร   | <input checked="" type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ |
| <input checked="" type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดหัวใจ  | <input checked="" type="checkbox"/> โรควัณโรค                      | <input checked="" type="checkbox"/> โรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์  | <input checked="" type="checkbox"/> โรคเอดส์     |

| โรค | วัน/เดือน/ปี ที่รักษา<br>(โปรดระบุว่าการวินิจฉัย หรือรับการรักษานี้<br>หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์) | การรักษาและอาการปัจจุบัน | สถานพยาบาลที่รักษา<br>(หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ) |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------|
|     |                                                                                                   |                          |                                                     |

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ☒ ไม่เคย ☐ เคย

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

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ เจ็บป่วย ได้รับการผ่าตัด ปฏิเสธแพทย์ ได้รับการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือได้รับการรักษาในสถานพยาบาล ที่มิได้ระบุไว้ข้างต้น หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ☒ ไม่เคย ☐ เคย

| อาการ | วัน / เดือน / ปี<br>ที่ได้รับการรักษา | สถานพยาบาล | ผลการรักษา |
|-------|---------------------------------------|------------|------------|
|       |                                       |            |            |

## การแจ้งความประสงค์ในการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้

ข้าพเจ้าประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☒ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเงื่อนไขการรับประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ☐ ไม่มีความประสงค์

## ข้อความยืนยันด้วยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์การแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

## ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่  สหกรณ์ออมทรัพย์กรมวิชาการเกษตร จำกัด วันที่ 10 เดือน มกราคม พ.ศ. 2562

ลงชื่อ  เจ้าหน้าที่สหกรณ์ฯ พยาน ลงชื่อ  สมชาย ใจกล้า ผู้ขอเอาประกันภัย  
(  ) (  )  
ลงชื่อ  ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ: ☒ บิดา / มารดา  
(  ) ☒ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย