



บริษัท สยามชัมชุงประกันชีวิต จำกัด

สยามชัมชุง SIAM SAMSUNG LIFE INSURANCE CO., LTD.

2922/222-227 ชั้น 15 อาคารชาญอิสสระ 2 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ  
เขตหัวหมาก กรุงเทพฯ 10310 โทร. 02-308-2245-52 โทรสาร 02-308-2254

**คำเตือน** ของค่าตอบแทนคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการ  
ประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบค่าตอบแทน  
ตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปฎิเสธขอเท็จจริง  
ได้ฯ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทดูถูกประกันชีวิตปฏิเสธการจ่ายค่าสิน  
ไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและ  
พาณิชย์มาตรา 865

**ใบสมัครของสมาชิก**  
**Application of Members**

นายจ้าง ..... สหกรณ์ออมทรัพย์กรรมพัฒนาที่ดิน จำกัด  
ชื่อพนักงาน/ชื่อสมาชิก ..... รหัสพนักงาน/รหัสสมาชิก

วัน เดือน ปีเกิด ..... อายุ ..... ปี เพศ ..... น้ำหนัก ..... ก.ก. ส่วนสูง ..... ซ.ม.

1. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคดับน้ำดี หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	ผู้รับประจำชนิด	ความสัมพันธ์
2. ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับยาตัวเดี่ยว หรือยาประกอบยา หรือรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับค่าแนะนำให้ทำการรักษาใดๆ ที่มิได้ถูกกล่าวช่างดันหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	1. สหกรณ์ออมทรัพย์กรรมพัฒนาที่ดิน จำกัด	.....
3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือได้รับค่าแนะนำนำร่องแพทย์ให้ผ่าตัดเขียนว่าบัน្តหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	2. .....	.....
4. ในค่าตอบแทนประกันชีวิตหรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตได้ฯ ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือมีข้อจำกัดหรือข้อแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	3. .....	.....
5. บุคคลในครอบครัวของท่านเคยเป็นวัณโรค เบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคทางจิตใจ หรือคู่สมรสของท่านเคยเป็นโรคเอดส์ หรือตรวจพบว่ามีเลือดบวกต่อไวรัสเอดส์หรือไม่	<input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	4. .....	.....

ขอรับรองว่าทั้งหมดข้างต้นนี้เป็นความจริง และข้าพเจ้าขออนุญาตให้แก่แพทย์โรงพยาบาล สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย หรือองค์กร สถาบันหรือบุคคลอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะเปิดเผยรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรคต่างๆ รวมทั้งการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยอื่นๆ ของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท สยามชัมชุงประกันชีวิต จำกัด หรือผู้แทนของบริษัทได้ สำเนาภาพถ่ายของหนังสือมอบอำนาจนี้ให้มีผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าขออภัยว่าข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสเอดส์แต่อย่างใด แต่ข้าพเจ้าทราบดีว่าถ้าข้าพเจ้าเป็นโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสเอดส์ บริษัทจะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า

( กราฟฟิคการแก้ไข  
สัดส่วนอุบัติเหตุไป  
เช่นชื่อกันตัวย)

ผู้ขอเอาประกันภัย  
(  
วันที่ .....)

ล่ามรับเจ้าหน้าที่

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ .....  
วันที่มีผลบังคับ .....  
ใบรับรองเลขที่ ..... ออกราชชื่อ .....

ประกันชีวิต.....	บาท
ประกันอุบัติเหตุ.....	บาท
ประกันสุขภาพ แผน.....	