

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนช่องเอกสารประกอบ

- 1. สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำบ้าน
- 2. สำเนาทะเบียนบ้าน
- 3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
- 4. ในสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
- 5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
- 6. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์
- 7. กรณีสมาชิกสมัครครอง ต้องมีใบเสร็จรับเงินงวดสุดท้ายหรือ
ใบรับรองของสหกรณ์ต้นสังกัด

เลขประจำตัวสมาชิก.....



ใบสมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่าย

สหกรณ์ออมทรัพย์สารารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กฟส.) ล้านอุบล

ประเภทสมทบ วาระปกติ (บิดา มารดา / คู่สมรส / บุตร)

เขียนที่.....

วัน.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... อายุ..... ปี

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... คู่สมรสชื่อ.....

(1.) เป็นคู่สมรส / บิดา มารดา / บุตร ของ นาย/นาง/น.ส.....

ซึ่งเป็นสมาชิกสามัญ / สมทบ ของสหกรณ์ออมทรัพย์สารารณสุข..... จำกัด เลขทะเบียน สอ.

เป็นคู่สมรส / บิดา มารดา / บุตร ของ นาย/นาง/น.ส..... จำกัด ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่
ผู้ปฏิบัติงานกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สารารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กฟส.) ของสหกรณ์ที่เป็นศูนย์ประสานงานกองทุน

(2.) ตำแหน่ง..... หรือปฏิบัติหน้าที่.....

สถานที่ปฏิบัติงาน / ชื่อหน่วยงาน.....

ตำบล (แขวง)..... อำเภอ (เขต).....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

(3.) สถานที่อยู่ (ตามทะเบียนบ้าน)

บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล (แขวง)..... อำเภอ (เขต)..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

(4.) การชำระเงิน ดังนี้

4.1 การชำระเงินครั้งแรก

ค่าสมัครสมาชิกครั้งแรก เป็นเงิน 100 บาท

เงินค่าเบี้ยประกันชีวิต เป็นเงิน..... บาท

รวมชำระเงินครั้งนี้ เป็นเงิน..... บาท (.....)

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

ชำระเป็นเงินสดที่ศูนย์ประสานงานกองทุนฯ (สหกรณ์ต้นสังกัด)

ชำระเงินโอนเข้าบัญชีกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ เลขที่บัญชี.....

ชำระจากการหักเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสมาชิกสามัญ นาย/นาง/น.ส..... เลขทะเบียน สอ.

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุนฯ มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอม
ปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขของกองทุนฯ ทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนภาคีเครือข่าย

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กสส.) ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กสส.) และได้แนบทลักษณ์ประภากองการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิต ตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กสส.) ประกาศเรื่อง การรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กสส.)

เสนอ

- เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กสส.)
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการ

กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กสส.)

คำสั่ง

- อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กสส.)
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกองทุนภาคีเครือข่าย

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กสส.)

ໃບຮັບຮອງແພທຍໍ

ໃບຮັບຮອງແພທຍໍຂອງ 15 ພຍານກາລົມທີ່ພິຈາລະນາ
ໃນການຄວບຄຸມທີ່ມີຄວາມສຳເນົາ

- ໝາຍເຫດ
- (1) ຕ້ອງເປັນແພທຍໍທີ່ໄດ້ຂຶ້ນທະເບີນຮັບໃບອຸນຸມາຕປະກອບວິຊາເໜີພວະການ
 - (2) ແພທຍໍສຽງຄວາມເຫັນວ່າເປັນຜູ້ມີສຸຂພາກຮ່າງກາຍສົມບູຮົນເພີ່ມໃດ ອີ່ວີ່ເປັນໂຮກໃດ ຮະບຸໂຮກ.....
 - (3) ໃບຮັບຮອງແພທຍໍໃຊ້ໄດ້ໄໝເກີນ 30 ວັນ ນັບແຕ່ວັນທີຕ່ວງຈ່າຍ
 - (4) ປະທິບຕາໂຮງພຍາບາລຂອງຮູ້ທີ່ແພທຍໍຜູ້ທໍາການຕ່ວງຈ່າຍສັກດໃຫ້ດັຈນ



ถ้อยແດລງແລະ ໃຫ້ຄໍາຍິນຍອມຂອງຜູ້ສັມຄຣສາຊີກ

ກອງທຸນການີເຄືອຂ່າຍສຫກຮນ້ອມທຮພໝໍສາຮາຣານສຸຂ ກາຕະວັນອອກເຈີຍເໜືອ (ກກສ.)

ເຂົ້າຢັ້ງທີ..... ວັນທີ..... ເດືອນ..... ພ.ສ.....

ຂ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ.....

ເລຂບຕຣປະຈຳຕົວປະຊານ ບົກສະເໜີ..... ອາຍຸ..... ປີ

ຂ້າພເຈົ້າຂອໃຫ້ປະວັດສຸຂພາພຂອງຂ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອບກາຮສັມຄຣສາຊີກກອງທຸນການີເຄືອຂ່າຍສຫກຮນ້ອມທຮພໝໍສາຮາຣານສຸຂ ກາຕະວັນອອກເຈີຍເໜືອ (ກກສ.) ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສຸຂພາພແຂ້ງແຮງ
- 2. ໄນເປັນຜູ້ມີກາຍຖຸພພລກາພ ຈະໄນ່ສາມາດປັບປຸງບົດໜ້າທີ່ໄດ້
- 3. ໄນມີຈິຕົກົດເປັນເປົ້າໄໝສົມປະກອບ
- 4. ປະວັດກາຮຮັກຈາໂຮຄດັ່ງຕ່ອໄປນີ້

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 4.1 ໂຮມະເຮັງທຸກໆໜິດ | <input type="checkbox"/> ໄນມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| 4.2 ໂຮກໜ້າໃຈ | <input type="checkbox"/> ໄນມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| 4.3 ໂຮວັນໂຮມໃນຮະຍະອັນຕຽຍ | <input type="checkbox"/> ໄນມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| 4.4 ໂຮບາທວານທີ່ມີກາຮແທກຂ້ອນຕ້ອງພຳກຳໄຕ | <input type="checkbox"/> ໄນມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |
| 4.5 ໂຮຄຸນີ້ມີກັນບກພຣ່ອງ | <input type="checkbox"/> ໄນມີ <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບຸ)..... |

ຂ້າພເຈົ້າຂອຍືນຍັນວ່າຄໍາຍິນຍອມປັບປຸງບົດໜ້າທີ່ໄດ້ເປັນຄວາມຈົງທຸກປະກອບ ທັດສີທີ່ຈາກກາຮເປັນສາມາຊີກຕາມຮະບັບຂອງກອງທຸນາ ໄດ້ທັນທີ ແລະ ຂ້າພເຈົ້າຂອສະສິທິທີ່ໃນກາຮໄດ້ຮັບເງິນສວັສດີກາຮສ່າງເຄຣະທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກອງທຸນາ ເສີຍ້ວິວ ຮວມທັງຂ້າພເຈົ້າໄມ້ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮັດວຽກຮັດເງິນສວັສດີກາຮສ່າງເຄຣະທີ່ກ່ຽວຂ້ອງເງິນອື່ນໄຈກອງທຸນາ ທັງສິນໂດຍຂ້າພເຈົ້າຍືນຍອມປັບປຸງບົດໜ້າທີ່ໄດ້

ລົງຊື່ອ.....

(.....)

(ຜູ້ສັມຄຣສາຊີກ ກກສ.)

ລົງຊື່ອ.....

(.....)

ພຍານ (ເຈົ້າທີ່ຄູນຢ່າງສານຈາກ)

ລົງຊື່ອ.....

(.....)

ພຍານ (ຜູ້ມີຊື່ຮັບເງິນສ່າງເຄຣະທີ່)



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ

กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กปส.)

เขียนที่.....

วัน.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

สมาชิก (กปส.) เลขทะเบียนที่..... อายุบ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์..... มือถือ.....

1.สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่าหรือหม้าย

2.ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนารับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กปส.) จ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

2.1..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.2..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.3..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.4..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

2.5..... เกี่ยวข้องเป็น..... ของข้าพเจ้า สัดส่วน..... %

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน

อื่น ๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือกระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่าย

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กปส.)

(ลงชื่อ)..... พยาน (สมาชิกสหกรณ์)

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่กองทุน ๆ

(.....)



หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสวัสดิการ (ในส่วนผู้รับโอนประจำชั้น)
กองทุนภาคคุเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กสส.)

เขียนที่.....

วัน.....เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... เลขประจำตัวประชาชนเลขที่

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....

ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน.....

โทรศัพท์มือถือ..... พร้อมผู้ลงนามยินยอมและมอบอำนาจท้ายหนังสือนี้

ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์..... จำกัด เป็นผู้รับเงินกองทุนฯ
แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวไปชำระหนี้ของ (นาย/นาง/นางสาว)..... ที่มีต่อสหกรณ์
ออมทรัพย์..... จำกัด จนแล้วเสร็จและดำเนินการประสานงานกับกองทุนภาคคุเครือข่าย
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กสส.) แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ

ข้าพเจ้า/คุณ ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอม
และมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิวมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ (ลงชื่อ)..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(.....)

บัตร ปชช. เลขที่.....

บัตร ปชช. เลขที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(ลงชื่อ)..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

(.....)

บัตร ปชช. เลขที่.....

บัตร ปชช. เลขที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิวมือของผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจ และผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจ
จริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิวมือต่อหน้าข้าพเจ้า

ลงชื่อ..... พยาน (ผู้สมัคร) ลงชื่อ..... พยาน (สมกิจสหกรณ์)

(.....)

(.....)

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองสินเชื่อ

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้)

ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว.....

บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่

สถานภาพ โสด สมรส มีภรรยา หย่า

วัน/เดือน/ปีเกิด น้ำหนัก/ส่วนสูง/..... เชื้อชาติ / สัญชาติ/.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

อาชีพ ตำแหน่ง

สถานที่ทำงาน : ที่อยู่ โทรศัพท์

2. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์ :

ลำดับที่ 1 : ชื่อสถานบันการเงิน (ตามภาระผูกพัน)

ลำดับที่ 2 :

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :

ลำดับที่ 1 : ผู้กู้

ลำดับที่ 2 :

3. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เงินกู้ในสัญญาเงินกู้) : บาท ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ : ปี

4. ระยะเวลาเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา 16.30 น. ถึงสุดวันที่ เวลา 16.30 น.

5. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุ สัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

6. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุ ของโรค หรือการบาดเจ็บร้ายแรงใช่หรือไม่

ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

7. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคเออดส์หรือมีเลือดขาวต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเกี่ยวกับสมอง โรคมะเร็ง โรคปอด โรคของกระดูกและก้านเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร หรือ โรคอื่นๆ ใด หรือมีโรคประจำตัวใช่หรือไม่

ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

8. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือนาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่

ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

9. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือคุ้มครอง หรือสั่งมิเนมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุรำเรွงหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่ ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำลงข้างต้นนี้เป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกเหนือนี้ข้าพเจ้ายอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือ องค์กรอื่นๆ ใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพ ของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัทเอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับ ความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทฯแล้ว

ข้าพเจ้ายอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริม การประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอเก็บเงินค่าใช้จ่ายได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์และข้อมูลให้บริษัทฯ ประกันวินาศัยสั่งและปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลที่ประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่ กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างด้าว (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุลงประจําตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากการสรรพากร เลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกรับกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด

รับเป็น e-policy ทางอีเมล์ ที่ระบุไว้

รับเป็นเอกสาร โดยส่งทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ที่ระบุไว้

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการขันสูตรเพลิกสภาพกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัย เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

วัน/เดือน/ปีที่ขอเอาประกันภัย..... ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

()

การประกันภัยโดยตรง ตัวแทนประกันภัย นายหน้าประกันภัย ในอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำตามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแกล้งข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิยกสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865



หนังสือรับทราบ การได้รับสิทธิและความคุ้มครองของสมาคมหรือกองทุน

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี ได้ชำระค่าสมัครสมาคมหรือ
กองทุน.....จำนวน.....บาทเรียบร้อยแล้ว และยินยอมให้
ทางศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประเสริฐ อุบลราชธานี จำกัด สมาคมสมาชิก
ในระบบสมาคมหรือกองทุน ในวันที่.....

ข้าพเจ้ารับทราบว่าอยู่ในช่วงระยะเวลาครอบครอง ข้าพเจ้าจะได้รับสิทธิและความคุ้มครองต่อเมื่อทาง
สมาคมหรือกองทุนอนุมัติรับเป็นสมาชิกแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

...../...../.....