

4. ยอดเงินขอกู้ / ยอดเงินกู้ ค้างชำระในขณะที่ขอเอาประกันภัย 24,960 บาท
จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย 780,000 บาท ผู้กู้ร่วม ☐ ไม่มี ☐ มี _____ คน (กรณีที่มีผู้กู้ร่วม)
ชื่อ-สกุลผู้กู้ร่วมคนที่ 1 ☐ ไม่ทำประกัน ☐ ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย _____ บาท
ชื่อ-สกุลผู้กู้ร่วมคนที่ 2 ☐ ไม่ทำประกัน ☐ ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย _____ บาท
ชื่อ-สกุลผู้กู้ร่วมคนที่ 3 ☐ ไม่ทำประกัน ☐ ทำประกัน จำนวนเงินที่ขอเอาประกันภัย _____ บาท
5. ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ 29 ปี ระยะเวลาเอาประกันภัย 30 ปี
จำนวนเบี้ยประกันภัย 247,260 บาท งดการชำระเบี้ยประกันภัย ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว

6. ผู้รับประโยชน์ ได้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำชำระ กรณีมีผลประโยชน์เหลือจากการชำระให้กับผู้ถือกรมธรรม์ ให้จ่ายแก่

ชื่อ-สกุล	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทาง/เอกสารที่ หน่วยงานของรัฐออกให้	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่
KKKKKK HHHHHHH			FATHER	

7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลบคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด
บริษัท _____ สาเหตุ _____ เมื่อ _____
8. ท่านเสพหรือเคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติด หรือไม่ ☒ ไม่เสพ / ไม่เคยเสพ ☐ เสพ / เคยเสพ
☐ เล็กเสพ เมื่อ _____ ปริมาณ _____ ความถี่ _____ ครั้งต่อสัปดาห์
9. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☒ ไม่ดื่ม / ไม่เคย ☐ ดื่ม / เคยดื่ม
☐ เล็กดื่ม เมื่อ _____ ปริมาณ _____ ขวด/ครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี
10. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☒ ไม่สูบ / ไม่เคย ☐ สูบ / เคยสูบ ปริมาณ _____ มวน/วัน สูบมานาน _____ ปี ☐ เล็กสูบ เมื่อ _____
11. ส่วนสูง 170 ซม. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาน้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☒ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน
น้ำหนัก 70 กก. ☐ เพิ่มขึ้น ☐ ลดลง _____ กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง _____

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

12. ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดีไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ / หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือ
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังใดๆ ☐ ใช่ ☒ ไม่ใช่ โปรดระบุรายละเอียด _____
13. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ☒ ไม่เคย ☐ เคย
หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคไตเรื้อรัง
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคต่อมไทรอยด์
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)