



## คำเตือน

ผู้ฝากต้องตอบคำถามในคำขอเปิดบัญชีฝากเงินนี้ ตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้ธนาคารออมสินปฏิเสธการจ่ายเงินสงเคราะห์ตามสัญญาได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ถ้อยแถลงเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์แบบ \_\_\_\_\_ ของผู้ขอเปิดบัญชีฝากเงินชื่อ \_\_\_\_\_ สกุล \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_

## 1. ข้อมูลของผู้รับประโยชน์

1.1 คำนำหน้าชื่อ \_\_\_\_\_ 1.2 ชื่อ \_\_\_\_\_ 1.3 นามสกุล \_\_\_\_\_

1.4 วันเดือนปีเกิด (ตามทะเบียนบ้าน) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี

1.5 ขณะนี้ส่วนสูง \_\_\_\_\_ ซม. น้ำหนัก \_\_\_\_\_ กก.

1.6 ผู้ฝากเป็น  บิดา  มารดา  อื่นๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_ ของผู้รับประโยชน์

2. ผู้รับประโยชน์เคยทำหรือกำลังขอทำประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพไว้กับบริษัทอื่น หรือผู้รับประโยชน์เคยฝากหรือกำลังขอเปิดบัญชีฝากเงินประเภทสงเคราะห์ชีวิตและครอบครัวกับธนาคารออมสินหรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดแจ้งรายละเอียด

บริษัทประกันภัยหรือแบบเงินฝากสงเคราะห์ชีวิต	จำนวนเงินเอาประกันภัยหรือวงเงินสงเคราะห์	เลขที่กรมธรรม์	ขณะนี้ผลบังคับหรือไม่
1)			<input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี
2)			<input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี

3. ผู้รับประโยชน์เคยถูกปฏิเสธการขอทำประกันชีวิต / การฝากเงินสงเคราะห์ชีวิต หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ หรือเคยถูกเพิ่มอัตราเบี้ยประกันชีวิตหรือไม่

ไม่เคย  เคย โปรดระบุชื่อบริษัท/แบบเงินฝากสงเคราะห์ชีวิต \_\_\_\_\_ สาเหตุ \_\_\_\_\_

4. ผู้รับประโยชน์ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค  วัณโรค  ตับอักเสบบ  คอตีบ บาดทะยัก ไกกรน  โปลิโอ  หัด  ใช้สมองอักเสบ

5. ผู้รับประโยชน์เป็นหรือเคยเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ หรือได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาโรค หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วย เป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่ กรุณาตอบทุกข้อตามความเป็นจริง	ไม่ เคย	เคย	ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด (ชื่อโรค โรงพยาบาล/สถานพยาบาล เช่น สถานีอนามัย คลินิก ฯลฯ ผลการตรวจ/รักษา อาการปัจจุบัน และวันเดือนปี)
5.1 ต้อหิน ต้อกระจก โรคจอประสาทตา หูหนวก หูน้ำหนวกเรื้อรัง แก้วหูทะลุ ไชน์ส เลือดกำเดาออกบ่อยๆ โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับ ตา หู คอ จมูก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5.2 วิงเวียนศีรษะบ่อยๆ เป็นลม โรคลมบ้าหมู (ลมชัก) แขนขาอ่อนแรงเป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาต โรคพาร์กินสัน มีอาการชักเกร็งจากสาเหตุต่างๆ โรคทางสมองหรือระบบประสาท	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5.3 โรคจิต โรคประสาท วิตกกังวล โรคความจำเสื่อม โรคซึมเศร้า ดาวน์ซินโดรม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5.4 บ้วนเป็นเลือด วัณโรค โรคหอบหืด โรคปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบ โรคภูมิแพ้ที่มีอาการหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบาก ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับปอดหรือระบบหายใจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5.5 อาการเจ็บหน้าอก หัวใจโต ลิ้นหัวใจรั่ว โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ ความดันโลหิตสูง พราย้ำ โรคเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับหลอดเลือด หรือหลอดเลือดน้ำเหลือง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5.6 อาหารไม่ย่อยบ่อยๆ (ท้องอืด) แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เลือดออกในทางเดินอาหาร ไล่เลื่อน ริดสีดวงทวาร ท้องมาน (มีน้ำในช่องท้อง) โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส เป็นพาหะของโรคตับอักเสบ โรคตับอ่อนอักเสบ โรคติชาน ม้ามโต โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับตับทางเดินน้ำดี ถุงน้ำดี กระเพาะอาหารหรือลำไส้	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5.7 ปัสสาวะมีเลือดปน โรคไต นิ่ว กามโรค โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หรือระบบขับถ่ายปัสสาวะ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5.8 โรคเบาหวาน คอพอก ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ โรคต่อมน้ำเหลืองโต โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5.9 โรคมะเร็ง เนื้องอก ถุงน้ำ ตุ่มเนื้อหรืออวัยวะใดๆ ที่งอกขึ้นหรือโตขึ้นผิดปกติ (โปรดแจ้งผลการตรวจชิ้นเนื้อ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5.10 ใช้เรื้อรัง ไข้รูมาติก โรคภูมิแพ้ตนเอง (SLE) โรคพาร์เรอนไซม์ G-6-PD โรคหนังแข็ง ข้ออักเสบ โรคเกาต์ โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อหรือกล้ามเนื้อ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5.11 มีความบกพร่องหรือพิการทางร่างกายหรือไม่ (ถ้ามีส่วนใดของร่างกาย)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

6. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ผู้รับประโยชน์เคยได้รับการตรวจสุขภาพ หรือเคยได้รับคำแนะนำให้ตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น เอกซเรย์ ตรวจคลื่นหัวใจ ตรวจเลือด หรือตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดแจ้งรายละเอียด  
 ชื่อสถานพยาบาล \_\_\_\_\_ ผลการตรวจ \_\_\_\_\_ วันเดือนปีที่ตรวจ \_\_\_\_\_
7. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ผู้รับประโยชน์เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล/สถานพยาบาล เนื่องจากการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด ที่มีได้ระบุไว้ในข้อ 5 และข้อ 6 หรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดแจ้งรายละเอียด อาการ/โรค \_\_\_\_\_ ชื่อสถานพยาบาล \_\_\_\_\_  
 ผลการตรวจ/รักษา \_\_\_\_\_ วันเดือนปีที่ตรวจ/รักษา \_\_\_\_\_
8. ผู้รับประโยชน์เคยได้รับการตรวจเลือด เพื่อหาเชื้อกามโรค หรือเชื้อไวรัสโรคเอดส์ หรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดแจ้งรายละเอียด  
 ชื่อสถานพยาบาล \_\_\_\_\_ ผลการตรวจ \_\_\_\_\_ วันเดือนปีที่ตรวจ \_\_\_\_\_
- 
9. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้รับประโยชน์เคยเป็นหรือเคยได้รับคำแนะนำในการรักษา หรือมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ท้องเดินเรื้อรัง ต่อม้ำเหลืองโต เหงื่อออกเวลากลางคืน หรือมีโรคผิวหนังที่ผิดปกติเกิด โรคผิวหนังเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง ปอดอักเสบ เป็นระยะเวลาเกินกว่า 1 สัปดาห์หรือไม่  ไม่เคย  เคย โปรดแจ้งรายละเอียด \_\_\_\_\_
10. บิดา มารดา หรือพี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของผู้รับประโยชน์มีใครเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเลือด โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อเชื้อไวรัสโรคเอดส์ โรคมะเร็ง วัณโรค โรคไต โรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัส โรคเชื้อราในสมอง โรคปอดอักเสบ หรือเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว หรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีอาการป่วยทางจิต หรือไม่  ไม่มี  มี โปรดแจ้งรายละเอียด  
 บุคคลที่เป็น \_\_\_\_\_  ป่วย  เสียชีวิต โรค \_\_\_\_\_ เข้ารับการรักษาที่ \_\_\_\_\_ อายุที่เริ่มเป็น \_\_\_\_\_

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงทั้งหมดนี้เป็นความจริงทุกประการเพราะข้าพเจ้าเป็นผู้ที่ดูแลผู้รับประโยชน์ด้วยตนเองตลอดเวลา หรือถึงแม้ข้าพเจ้าจะมิได้เป็นผู้ดูแลผู้รับประโยชน์ ข้าพเจ้าก็ได้สอบถามข้อเท็จจริงตามรายละเอียดข้างต้นทุกประการจากผู้ดูแลและทราบข้อเท็จจริงของผู้รับประโยชน์เป็นอย่างดีแล้ว หากปรากฏว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้ไม่ตรงต่อความเป็นจริงในข้อหนึ่งข้อใดหรือทั้งหมด ข้าพเจ้าขอยอมรับว่าสัญญาหรือกรรมธรรมการฝากเงินของข้าพเจ้าตกเป็นโมฆียะทั้งหมดทันที

ภายหลังจากยื่นคำขอเปิดบัญชี หากถ้อยแถลงข้างต้นไม่ถูกต้อง มีการเปลี่ยนแปลง มีข้อความจริงเพิ่มเติม และหรือหากธนาคารต้องการเอกสารเพิ่มเติมใดๆ ข้าพเจ้าจะต้องแจ้งให้ธนาคารทราบ และหรือจัดหาเอกสารเพิ่มเติมทุกกรณีจนกว่าธนาคารได้ออกกรรมธรรมการฝากเงินให้แล้ว

ข้าพเจ้าเกี่ยวข้องเป็น \_\_\_\_\_ ของผู้รับประโยชน์ขอยินยอมให้ แพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยหรือองค์กร สถาบันหรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีบันทึกหรือเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพของ \_\_\_\_\_ ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรรมธรรม เปิดเผยรายละเอียดต่างๆ หรือประวัติสุขภาพหรือโรคต่างๆ รวมทั้งการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยอื่นๆ ของผู้รับประโยชน์ให้แก่ธนาคาร ออมสินหรือผู้แทนหรือตัวแทนของธนาคารได้ สำเนาภาพถ่ายของหนังสือยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

กรณีที่มีการแก้ไข ขูดลบ ผู้ฝาก  
ต้องลงลายมือชื่อกำกับด้วย

ลงลายมือชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ขอเปิดบัญชี  
( \_\_\_\_\_ )

บันทึกการพิจารณาโดยแพทย์ธนาคารออมสิน

เอกสารประกอบการพิจารณา

- ชส.1ก  फिल्मเอกซเรย์ปอด/CD  ผลการตรวจ HIV  กราฟคลื่นหัวใจ  
 อื่นๆ \_\_\_\_\_

ครั้งที่ 1 ได้พิจารณาสุขภาพของผู้รับประโยชน์รายนี้แล้ว มีความเห็นว่า

- ขอทราบรายละเอียดสุขภาพเพิ่มเติม เกี่ยวกับ \_\_\_\_\_  
 สุขภาพไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก \_\_\_\_\_  
 สุขภาพสมบูรณ์ดี

\_\_\_\_\_ แพทย์ผู้พิจารณา  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ครั้งที่ 2 จากรายงานสุขภาพเพิ่มเติม มีความเห็นว่า

- สุขภาพไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก \_\_\_\_\_  
 สุขภาพสมบูรณ์ดี

\_\_\_\_\_ แพทย์ผู้พิจารณา