



การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ การให้ความยินยอม
ต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดนครราชสีมา จำกัด

โปรดกรอกรายละเอียดและตอบคำถามตามความจริงต่อไปนี้

1. ชื่อ-นามสกุล เพศ ชาย หญิง ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
2. อายุ ปี วันเดือนปีเกิด สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
3. บัตรประชาชนเลขที่ วันหมดอายุ สถานที่ออก
4. สถานที่ติดต่อ โทรศัพท์
5. สถานที่ทำงาน โทรศัพท์
6. อาชีพ ตำแหน่ง หน้าที่ความรับผิดชอบ
7. ท่านเคยเป็นวัณโรค ปอดบวม โรคมาเรียม หรือเนื้องอก เบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต ความบกพร่องทางระบบประสาทอย่างถาวรอันเนื่องมาจากความผิดปกติของเส้นเลือดสมอง หรือ โรคเกี่ยวกับสมอง โรคตับ โรคไต โรคปอด หรือโรคทางเดินหายใจ โรคเลือดหรือโรคของหลอดเลือด แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เลือดออกในทางเดินอาหาร โรคของต่อมไทรอยด์ โรคลมบ้าหมู(ลมชัก) การมองเห็นผิดปกติ โรคเกี่ยวกับดวงตา หรือหู แขน ขาอ่อนแรงเป็นอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต โรคจิต โรคทางระบบประสาท โรคเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง กระดูกข้อต่อหรือกล้ามเนื้อ มีความบกพร่องหรือพิการทางร่างกายหรือจิตใจ หรือไม่ เคย ไม่เคย
8. ท่านเคยใช้ยาเสพติดที่ให้โทษ หรือสารเสพติดใด ๆ หรือยาประเภทมึนเมา หรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติด ให้โทษ หรือเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่ เคย ไม่เคย
9. ท่านเคยดื่มสุรา หรือดื่มวิสกี้ เป็นประจำเกินกว่า 1 ใน 6 ขวด หรือดื่มเบียร์เกินกว่า 1.5 ขวด หรือ ดื่มไวน์เกินกว่า 1 ขวด ต่อวัน หรือไม่ (1 ขวดเท่ากับ 750 มิลลิลิตร) เคย ไม่เคย
10. ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สถานพยาบาลหรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใด ๆ ที่มีได้กล่าวข้างต้นหรือไม่ เคย ไม่เคย
11. ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ต่อมาน้ำเหลืองไต โรคผิวหนังเรื้อรัง ไข้เรื้อรัง ปอดอักเสบ หรือเคยติดเชื้อเอชไอวี ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอดส์หรือไม่ เคย ไม่เคย
12. บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรของท่านคนใดเคยติดเชื้อไวรัสเอชไอวี หรือ เอดส์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ เคย ไม่เคย
13. ในระยะเวลา 6 เดือน ที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยติดต่อกันนานเกินกว่า 10 วัน โดยมีได้ปรึกษาแพทย์ หรือมีได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ เคย ไม่เคย
14. ในคำขอ เอาประกันชีวิต หรือ การขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิต ใด ๆ ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือ เลื่อน การพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย หรือมีข้อจำกัด หรือข้อแก้ไขทางหนึ่งทางใดหรือไม่ เคย ไม่เคย

หากคำตอบในข้อ 7 ถึง 14 เป็นคำตอบรับ โปรดให้รายละเอียดเพิ่มเติม โดยระบุหมายเลขข้อที่เป็นคำถามด้วย

ชื่อและที่อยู่ของแพทย์

การมอบอำนาจ และให้คำยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดถูกต้องสมบูรณ์ และเป็นความจริงตามที่ข้าพเจ้าทราบ และเชื่อว่าเป็นความจริง โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าให้ความยินยอมแก่แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก หรือองค์กรอื่นใด ซึ่งมีบันทึกประวัติสุขภาพหรือประวัติการรักษาของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูล รายละเอียดต่าง ๆ ดังกล่าวแก่สหกรณ์ออมทรัพย์สามัญศึกษาจังหวัดนครราชสีมา จำกัด อนึ่งสำเนาหรือภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้ และสมบูรณ์เสมือนต้นฉบับ

ลงชื่อ สมาชิก

(.....)

วัน/เดือน/ปี