

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่องเอกสารประกอบ

1. สำเนาบัตรประชาชน (ผู้สมัคร)
2. สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้สมัคร)
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ใบสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์โรงพยาบาลรัฐ ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรประชาชน (ผู้รับผลประโยชน์ทุกคน)
7. สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้รับผลประโยชน์ทุกคน)

เลขประจำตัวสมาชิก กส.อด.....



ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ
กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ล้านอุดร) ล้านที่ 1

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

เลขประจำตัวประชาชน

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

(1) ☐ สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด เลขทะเบียนที่.....

(2) ดำรงตำแหน่ง.....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.....บาท

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

4.2 การชำระเงินครั้งต่อไป ข้าพเจ้ายินยอมให้หักและชำระเงินค่าเบี้ยประกันชีวิต ดังนี้

☐ ชำระเป็นเงินสดที่ศูนย์ประสานงานกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (สหกรณ์ต้นสังกัด)

☐ ชำระเงินเข้าบัญชีกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี เลขที่บัญชี.....

☐ ชำระจากการหักเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานีแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขของกองทุนฯทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)



*** สำหรับเจ้าหน้าที่ ***

สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ล้านอุดร) ล้านที่ 1

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ล้านอุดร) และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิต ตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี ประกาศ เรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานฯ

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี

เสนอ

- ☐ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี
- ☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี

คำสั่ง

- ☐ อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี
- ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานกองทุนสวัสดิการ
สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี

เขียนที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□□□□□ อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการ กส.อต. ดังนี้

- #### 4. ประวัติการรักษาโรคดังต่อไปนี้

- | | | |
|--|--------------------------------|---|
| 1.โรคเมร็งเร้งทุกชนิด | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ)..... |
| 2.โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ)..... |
| 3.โรควัณโรคในระยะอันตราย | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ)..... |
| 4.โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ)..... |
| 5.โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้ กส.อด. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์อุดรธานี ตามระเบียบกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์อุดรธานี ได้ทันทีและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจจะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจาก กส.อด. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของ กส.อด. ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ กส.อ.ด. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน(เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน(ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



**หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ
กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ล้านอุดร) ล้านที่ 1**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

สมาชิกกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี เลขทะเบียนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... มือถือ.....

1. สถานภาพ

☐ โสด ☐ สมรส คู่สมรสชื่อ..... ☐ หย่าหรือหม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี
จ่ายให้กับบุคคล ดังต่อไปนี้

2.1 เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.2 เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.3 เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.4 เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

2.5 เกี่ยวข้องกับ.....ของข้าพเจ้า สัดส่วน.....%

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ☐ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ข่มขู่ หรือ
กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้คำยินยอม (ผู้สมัคร)

(.....)

ผู้สมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการ
สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ กองทุนฯ

(.....)

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสวัสดิการ
กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ล้านอุดร) ล้านที่ 1

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า/คณะ ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

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

บัตร ปชช.เลขที่.....

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

บัตร ปชช.เลขที่.....

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

บัตร ปชช.เลขที่.....

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

บัตร ปชช.เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

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

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองสินเชื่อ

1. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้)

ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว.....
☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่
 สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ ม่าย ☐ หย่า
 วัน/เดือน/ปีเกิด น้าหนัก/ส่วนสูง/..... เชื้อชาติ / สัญชาติ/.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
 อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
 อาชีพ ตำแหน่ง
 สถานที่ทำงาน : ที่อยู่ โทรศัพท์

2. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์ :

ลำดับที่ 1 : ชื่อสถาบันการเงิน..... (ตามภาระผูกพัน)
 ลำดับที่ 2 :

ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :

ลำดับที่ 1 : ผู้ให้กู้
 ลำดับที่ 2 :

3. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เงินกู้ในสัญญาเงินกู้) :

..... บาท

ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ :

ปี

4. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่

เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่

เวลา 16.30 น.

5. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัย หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่

☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่

6. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือ ได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรค หรือการบาดเจ็บร้ายแรงหรือไม่

☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่

7. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเกี่ยวกับสมอง โรคมะเร็ง โรคปอด โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร หรือโรคอื่นใด หรือมีโรคประจำตัวหรือไม่

☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่

8. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่

☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่

9. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมีเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษากับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่

☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพ ร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัทเอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☐ มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

☐ ไม่มีความประสงค์

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะเลือกกรมธรรม์ประกันภัยผ่านช่องทางใด

☐ รับเป็น e-policy ทางอีเมล ที่ระบุไว้

☐ รับเป็นเอกสาร โดยส่งทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการประกันภัยนี้ และมีสิทธิ
ทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้ขอเอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้ขอเอาประกันภัย
เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายผลประโยชน์นั้น บริษัทสามารถปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ขอเอาประกันภัยได้

วัน/เดือน/ปีที่ขอเอาประกันภัย.....

ลงชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

()

☐ การประกันภัยโดยตรง

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย

☐ นายหน้าประกันวินาศภัย

☐ ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

**ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็น
โมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865**