

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่องเอกสารประกอบ
1. สำเนาบัตรประชาชน (ผู้สมัคร) = 2 แผ่น
2. สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้สมัคร)
3. สำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
4. ในสำคัญการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)
5. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มีอายุไม่เกิน 30 วัน
6. สำเนาบัตรประชาชน (ผู้รับผลประโยชน์ทุกคน)
7. สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับเงินสงเคราะห์ (ผู้รับผลประโยชน์ทุกคน)

เลขประจำตัวสมาชิก.....



ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ

กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ล้านอุดร)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

เลขประจำตัวประชาชน []

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

(1) สมาชิกสามัญของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขจังหวัดอุดรธานี 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 เนลี่ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัด อุดรธานีแล้ว มีความประสงค์สมัครเป็นสมาชิก และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับและเงื่อนไขของกองทุนฯทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
(.....)

*** สำหรับเจ้าหน้าที่ ***



สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงานกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ล้านอุดร)

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



ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / 医師 ณัฐ...

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ได้ทำการสอบประวัติและตรวจร่างกาย นาย / นาง / นางสาว..... อายุ..... ปี

ปรากฏว่า นาย / นาง / นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่มีโรคความสามารถ หรือจิตฟันเฟื่องไม่สมประกอบ และ ปราศจากประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- (1) โรคมะเร็งทุกชนิด ทุกระยะ
- (2) โรคหัวใจ
- (3) โรควันโรคในระยะอันตราย
- (4) โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้อง poking ไต
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ () สุขภาพแข็งแรง
 () อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
 (2) แพทย์สรุปความว่าเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรืออื่น ๆ ระบุโรค.....
 (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
 (4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม (1) – (5) หรือโรคอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ ออกหมายห้ามห้าดอุดรธานี จะไม่รับเป็นสมาชิก
 (5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออกหมายห้ามห้าดอุดรธานี กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อ ประกอบการสมัครเป็นสมาชิก

เรียน ประธานกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ ออกหมายห้ามห้าดอุดรธานี

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ ตาม

(1) – (5) หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้ว และเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อมูลความจริง หรือแกล้งข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ กองทุน สวัสดิการสหกรณ์ ออกหมายห้ามห้าดอุดรธานี ใช้สิทธิตัดรายชื่อพันสมาชิกกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ ออกหมายห้ามห้าดอุดรธานี ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 1/2564

ลงชื่อ..... (ผู้สมัครสมาชิก)
 (.....) ตัวบรรจง



ถ้อยແຄລງແລະໃຫ້ຄໍາຍິນຍອມຂອງຜູ້ສົມຄຣສມາຊີກອງທຸນສວັສດິກາຣ (ລ້ານອຸດ)

ເຂົ້າໃຈ..... ວັນທີ..... ເດືອນ..... ພ.ສ.....

ຂ້າພເຈົ້າ ນາຍ/ນາງ/ນາງສາວ.....

ເລຂບຕຣປະຈາກຕຳວປະຈານ ອາຍຸ..... ປີ

ຂ້າພເຈົ້າຂອງໃຫ້ປະຈຸບັນສູງພາພຂອງຂ້າພເຈົ້າເພື່ອປະກອບປະຈຸບັນສູງພາພຂອງທຸນສວັສດິກາຣ ກສ.ອດ. ດັ່ງນີ້

- 1. ມີສູງພາພແຂ້ງແຮງ
- 2. ໄນເປັນຜູ້ມີກາຍທຸພພລກາພ ຈະໄນ້ສາມາດປັບປຸງທີ່ໄດ້
- 3. ໄນມີຈິຕົກົດເພື່ອໄສມປະກອບ

4. ປະຈຸບັນສູງພາພຕັດຕ່າງປົກຕົວ

- | | | |
|--|-------------------------------|---|
| 1.ໂຣຄະເຮົງທຸກໆ | <input type="checkbox"/> ໄນມີ | <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| 2.ໂຣຄ້ວາຈີ | <input type="checkbox"/> ໄນມີ | <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| 3.ໂຣຄວັນໂຣຄໃນຮະຍະອັນຕຣາຍ | <input type="checkbox"/> ໄນມີ | <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| 4.ໂຣຄເບາຫວານທີ່ມີກາຣະແທຣກໜ້ອນຕ້ອງພອກໄຕ | <input type="checkbox"/> ໄນມີ | <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |
| 5.ໂຣຄງຸມືຄຸ້ມກັນບກພ່ອງ | <input type="checkbox"/> ໄນມີ | <input type="checkbox"/> ມີ (ຮະບູ)..... |

ຂ້າພເຈົ້າຂອຍືນວ່າ ດັ່ງນີ້ແມ່ນເປົ້າມາຈຶ່ງທີ່ໃຫ້ໄວ້ເປັນຄວາມຈົງທຸກປະກາຣ ທາກຂ້າພເຈົ້າແຄລງຂ້ອງຄວາມອັນເປັນເຈົ້າ ແລ້ວໃຫ້ ກສ.ອດ. ຕັດສິທິທີ່ຈະກົດປະຈຸບັນສູງພາພຂອງທຸນສວັສດິກາຣສຫກນ້ອມທັງຫຼຸດຮຽນ ຕາມຮະບັບກອງທຸນສວັສດິກາຣ ໄດ້ທັນທີແລະຂ້າພເຈົ້າຂອງສະລິທີ່ໃນກາຣໄດ້ຮັບເງິນສວັສດິກາຣສົງເຄຣະທີ່ກ່ຽວຂ້ອງຂ້າພເຈົ້າເສີຍເຊີຕ ຮວມທັ້ງຂ້າພເຈົ້າໄມ້ຕິດໃຈທີ່ຈະເຮັດວຽກຮັບເງິນສວັສດິກາຣສົງເຄຣະທີ່ກ່ຽວຂ້ອງເຈົ້າໄດ້ຈາກ ກສ.ອດ. ຖັນນີ້ ໂດຍຂ້າພເຈົ້າຍິນຍອມປັບປຸງທີ່ມີກາຣະແທຣກໜ້ອນຕ້ອງພອກໄຕ ກສ.ອດ. ຖັນນີ້ ໂດຍຂ້າພເຈົ້າຈາກສປາພຍາບາລທີ່ເກີຍວ່າຈະໄດ້

ລົງຊື່.....

(.....)

ຜູ້ສົມຄຣ

ລົງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ເຈົ້າຫ຾້ທີ່ສູນຍົງປະສານຈານ

ລົງຊື່.....

(.....)

ພຍານ/ຜູ້ມີຊື່ຮັບເງິນສົງເຄຣະທີ່



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ
กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ล้านอุดร)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

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

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

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

รหัสไปรษณีย์..... มีอีเมีย.....

1. สถานภาพ

โสด สมรส คู่สมรสชื่อ..... หย่าหรือหม้าย

2. ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาการรับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี
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 หรือ
กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ)..... ผู้ให้คำยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการ

สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี

(ลงชื่อ)..... พยาน

(.....)

(ลงชื่อ)..... เจ้าหน้าที่ กองทุนฯ

(.....)



หนังสือยินยอมและมอบอำนาจการรับเงินสวัสดิการ
กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ล้านอุดร)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า..... ซึ่งเป็นผู้รับผลประโยชน์
ของ (นาย/นาง/นางสาว)..... อีบัตรประจำตัวประชาชนเลขที่
 ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....
ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต
..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์
บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... พร้อมผู้
ลงนามยินยอมและมอบอำนาจท้ายหนังสือนี้ ยินยอมและมอบอำนาจให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขจังหวัดอุดรธานี
จำกัด เป็นผู้รับเงินกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี แทนข้าพเจ้าเพื่อนำเงินดังกล่าวไปชำระหนี้ของ
(นาย/นาง/นางสาว)..... ที่มีต่อสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณะสุขจังหวัดอุดรธานี จำกัด
จนแล้วเสร็จ และดำเนินการประสานงานกับกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี แทนข้าพเจ้าจนเสร็จ
การ

ข้าพเจ้า/คณะ ขอรับผิดชอบในการที่ผู้รับยินยอมและรับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือยินยอมและมอบ
อำนาจนี้เสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

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

(ลงชื่อ)..... ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ
(.....) (ผู้รับผลประโยชน์)
บัตร ปชช.เลขที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้ยินยอมและรับ
มอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือต่อหน้าข้าพเจ้า

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



ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยสินเชื่อ Smile Protection

1. รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

สาหร่ายล่อมนตร์พยัคฆ์ราษฎรสูงจังหวัดอุดรธานี จำกัด

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย : **สาหร่ายล่อมนตร์พยัคฆ์ราษฎรสูงจังหวัดอุดรธานี จำกัด**
ที่อยู่ : 4/1 ถ. ชัยนาท ๓ หมากเนว ๒ เวียง ๑ จ.อุดรธานี โทร. โทร.โทรศัพท์ 042- 249407

บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่

หนังสือจดทะเบียนบัตรข้าราชการ เลขที่

2. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้ใช้)

ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว

บัตรประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่

วันเดือนปีเกิด น้ำหนัก/ส่วนสูง กก / ซม. เรื่องชาติ / สัญชาติ /

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตำบล/ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอเขต อัจฉริย รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

สถานที่ทำงาน : ที่อยู่ โทรศัพท์

3. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประทาน :

2.1 ชื่อสถานที่จัดการเรียนการสอนที่อยู่ในประเทศไทย : **สาหร่ายล่อมนตร์พยัคฆ์ราษฎรสูงจังหวัดอุดรธานี จำกัด**

2.2 ผู้ใช้ ผู้รับประทาน ไม่ใช่

4. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (ทำทับทวนเงินเดือน) **1,000,000.- บาท** ระยะเวลาต่อเดือนชาระเดือน : 1 ปี

5. ระยะเวลาเอาประกันภัย : เริ่มนับวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา น.

6. ท่านเคยยกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ภัยปัญญาสูสานค่าเสียหาย ลักษณะใดๆ ที่อยู่ก็เรียกว่าเป็นชื่อประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว ให้หรือไม่

ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

7. ในระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรค หรือบาดเจ็บร้ายแรงให้หรือไม่

ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

8. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการถอนเล้าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคอุบัติเหตุ วันโรค โรคไดเร่อริง หรือไดราาย โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็งทุกชนิด โรคตับแข็ง หรือ ลักษณะทางเดินหายใจ ไวรัส B,C โรคเอดส์ หรือมีลักษณะคล้ายดังนี้ไวรัส HIV หรือ โรคร้ายแรงอื่นใดหรือมีโรคประจำตัว ใช่หรือไม่

ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

9. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีภาวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่

ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

10. ท่านเคยได้เข้าสูติดต่อให้ไทย หรือเคยเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุรำนง หรือยาสูติดต่อให้ไทย ใช่หรือไม่

ใช่ โปรดระบุ ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า มือลงเอกสารข้างต้นนี้ เป็นจริงและถูกกฎหมาย ทำที่ที่บ้านเจ้าของเงินเดือนให้เพลิดเพลิน โรงพยาบาล หรือ องค์กรอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือถูกพาของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภากาชาด ภายนอกของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเสือดเพื่อทราบเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท ผู้ถือสิทธิ์โดยเด็ดขาด ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

ใบคำขอเอาประกันภัยนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการรับอันดับบริษัทแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือถูกพาของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลของข้าพเจ้าต่อค่ากิจกรรมค่าใช้จ่ายในการดำเนินการประกันภัย สำหรับการประกันภัยที่ได้รับการรับรองที่สูงกว่าประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการประกันภัยและประโยชน์ของผู้ถือสิทธิ์โดยเด็ดขาด

ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย

วัน/เดือน/ปีที่ขอเอาประกันภัย

การประกันภัยคง ตัวแทนประกันภัยวินัย นายหน้าประกันภัยวินัย ใบอนุญาตเลขที่

คำเตือนของค่าใช้จ่ายตามค่าธรรมเนียมที่ต้องชำระเพิ่มเติมในการประกันภัย (คปภ.)

ให้ค่อนล่วงมาข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้ขอเอาประกันภัยปลอมข้อความจริง หรือแสดงข้อมูลความอันดับนี้จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ดังนั้นบริษัทที่ได้รับข้อมูลข้างต้นจะปฏิเสธไม่รับประกันภัย