

- เลขประจำตัวสมาชิก.....



ประเภทสมทบ วาระปกติ (บิดา มารดา / คู่สมรส / บุตร)

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขประจำตัวประชาชน

ผู้ปฏิบัติงานกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภส.) ของสหกรณ์ที่เป็นศูนย์ประสานงานกองทุน

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ (ที่ทำงาน).....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

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

ชำระจากการหักเงินปันผล เฉลี่ยคืน จากสมาชิกสามัญ นาย/นาง/น.ส.....เลขทะเบียน สอ.

(.....)



สำหรับเจ้าหน้าที่กองทุนภาคีเครือข่าย

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้สมัครเป็นผู้มีคุณสมบัติในการสมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) และได้แนบหลักฐานประกอบการสมัครครบถ้วน พร้อมชำระเงินค่าสมัคร และเงินเบี้ยประกันชีวิตตามข้อบังคับ และระเบียบกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) ประกาศเรื่องการรับสมัครสมาชิกหรือการเปิดรับสมัครเป็นกรณีพิเศษ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงาน

กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)

เสนอ

- ☐ เห็นควรอนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)
☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

ความเห็นสำหรับคณะกรรมการ

กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)

คำสั่ง

- ☐ อนุมัติให้สมัครเป็นสมาชิก กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)
☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....
(.....)

ประธานกองทุนภาคีเครือข่าย
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)



**ถ้อยแถลงและให้คำยินยอมของผู้สมัครสมาชิก
กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.)**

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) ดังนี้

- ☐ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ 3. ไม่มีจิตรพ่นเพื่อนไม่สมประกอบ
- ☐ 4. ประวัติการรักษาโรคดังต่อไปนี้
- | | |
|--|--|
| 4.1 โรคมะเร็งทุกชนิด | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| 4.2 โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| 4.3 โรคฉี่หนูในระยยะอันตราย | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| 4.4 โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |
| 4.5 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง | ☐ ไม่มี ☐ มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้ายืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กกส.) ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกตามระเบียบของกองทุนฯ ได้ทันที และข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ตั้งใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจากกองทุนฯ ทั้งสิ้นโดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของกองทุนฯ ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้กองทุนฯ ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

(ผู้สมัครสมาชิก กกส.)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน (เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน)

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน (ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์)



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ
กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กภส.)

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

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

สมาชิก (กภส.) เลขทะเบียนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....

1.สถานภาพ

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

2.ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนารับเงินสวัสดิการ โดยให้กองทุนภาคีเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กภส.) 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 การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ
กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ผู้สมัครสมาชิกกองทุนภาคีเครือข่าย

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กภส.)

(ลงชื่อ).....พยาน (สมาชิกสหกรณ์)

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่กองทุน ฯ

(.....)

เขียนที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขประจำตัวประชาชนเลขที่.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่ที่.....

โทรศัพท์มือถือ.....พร้อมผู้ลงนามยินยอมและมอบอำนาจทำหนังสือนี้

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือ ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

บัตร ปชช. เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(ลงชื่อ).....ผู้ยินยอมและมอบอำนาจ

(.....)

บัตร ปชช. เลขที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ยินยอมและมอบอำนาจ และผู้ยินยอมและรับมอบอำนาจจริง และได้ลงลายมือชื่อ / ลายพิมพ์นิ้วมือนำหน้าข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....พยาน (ผู้สมัคร)

ลงชื่อ.....พยาน (สมาชิกสหกรณ์)

(.....)

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 หรือสิ่งมีนเมา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ หรือเคยรับการรักษากับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่

☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้เป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ 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**