

โปรดเขียนตัวบรรจงและกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่องเอกสารประกอบ

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



ใบสมัครสมาชิก ประเภทสามัญ
กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ล้านอุดร)

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 เกลี้ยคืน จากสหกรณ์ต้นสังกัด

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ ระเบียบ ข้อบังคับกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานีแล้ว 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 / แพทย์หญิง.....

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

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

ปรากฏว่า นาย /นาง /นางสาว.....

ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ไร้ความสามารถ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบและ

ปราศจากประวัติการรักษาโรคเหล่านี้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งนี้

- (1) โรคเมรัยทุกชนิด ทุกระยะ
- (2) โรคหัวใจ
- (3) โรควัณโรคในระยะอันตราย
- (4) โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องฟอกไต
- (5) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์ () สุขภาพแข็งแรง

() อื่น ๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

แพทย์ผู้ทำการตรวจร่างกาย

หมายเหตุ

- (1) ต้องเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง จากสถานพยาบาลของรัฐ ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
- (2) แพทย์สรุปความเป็นผู้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง หรืออื่น ๆ ระบุโรค.....
- (3) ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ใช้ได้ไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันที่ตรวจร่างกาย
- (4) หากพบว่าเป็นโรค ตาม (1) – (5) หรือโรคอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการเห็นว่าอันตรายกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี จะไม่รับเป็นสมาชิก
- (5) ให้ผู้สมัครใช้ใบรับรองแพทย์ตามแบบที่กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี กำหนดนี้เท่านั้น เพื่อประกอบการสมัครเป็นสมาชิก

เรียน ประธานกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี

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

(1) – (5) หากข้าพเจ้ารู้อยู่แล้ว และเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือแถลงข้อความนั้นเป็นความเท็จ ข้าพเจ้ายินยอมให้ กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 1/2564

ลงชื่อ.....(ผู้สมัครสมาชิก)

(.....)ตัวบรรจง



ถ้อยแถลงและให้คำยินยอมของผู้สมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการ กส.อ.ด. (ล้านอุดร)

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

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าขอให้ประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อประกอบการสมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการ กส.อ.ด. ดังนี้

- ☐ 1. มีสุขภาพแข็งแรง
- ☐ 2. ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้
- ☐ 3. ไม่มีจิตรพณ์เพื่อนไม่สมประกอบ
4. ประวัติการรักษาโรคดังต่อไปนี้
- | | | |
|--|--------------------------------|---|
| 1. โรคเมะเร็งทุกชนิด | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ)..... |
| 2. โรคหัวใจ | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ)..... |
| 3. โรควิณโรคในระยะอันตราย | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ)..... |
| 4. โรคเบาหวานที่มีการแทรกซ้อนต้องฟอกไต | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ)..... |
| 5. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง | ☐ ไม่มี | ☐ มี (ระบุ)..... |

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแถลงข้อความอันเป็นเท็จแล้วให้ กส.อ.ด. ตัดสิทธิ์จากการเป็นสมาชิกกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์อุดรธานี ตามระเบียบกองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์อุดรธานี ได้ทันทีและข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการได้รับเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวเมื่อข้าพเจ้าเสียชีวิต รวมทั้งข้าพเจ้าไม่ติดใจที่จะเรียกร้องเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครอบครัวหรือเงินอื่นใดจาก กส.อ.ด. ทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับของ กส.อ.ด. ทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยประวัติสุขภาพของข้าพเจ้า โดยมอบให้ กส.อ.ด. ขอประวัติการรักษาของข้าพเจ้าจากสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน/ผู้มีชื่อรับเงินสงเคราะห์



หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสวัสดิการ
กองทุนสวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี (ล้านอุดร)

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

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

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

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

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

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

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ ☐ ได้รับเต็มจำนวนเพียงผู้เดียว ☐ ได้รับส่วนแบ่งเท่า ๆ กัน

☐ อื่น ๆ ระบุ.....

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การแสดงเจตนาครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีผู้ใดบังคับ ช่มชู้ หรือ
กระทำการใด ๆ ให้ข้าพเจ้าแสดงเจตนาดังกล่าว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ท้ายหนังสือนี้

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

(.....)

ผู้สมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการ
สหกรณ์ออมทรัพย์จังหวัดอุดรธานี

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ กองทุนฯ

(.....)

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 ได้รับความเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุของโรค หรือการบาดเจ็บร้ายแรงใช่หรือไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่ 7. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส HIV โรคเลือด โรคเกี่ยวกับสมอง โรคมะเร็ง โรคปอด โรคของกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคของระบบทางเดินอาหาร หรือโรคอื่นใด หรือมีโรคประจำตัวใช่หรือไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่ 8. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่ ☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่ 9. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุรา หรือสิ่งมีเมา 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 ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้บริการชดเชยเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ ☐ 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**