

ขั้นตอนการรับสมัครสมาชิกสามัญสหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด

1. กรอกรายละเอียดใบสมัครตามแบบที่สหกรณ์กำหนด โดยแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี)
2. ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า จำนวน 50 บาท
3. ชำระค่าหุ้นแรกเข้า จำนวน 100 บาท
4. การส่งเงินค่าหุ้นเป็นรายเดือนตั้งแต่แรกเข้าเป็นสมาชิกไม่น้อยกว่าร้อยละห้าของเงินได้รายเดือน
5. ยื่นใบสมัครด้วยตนเองหรือมอบให้ผู้อื่นยื่นใบสมัคร ณ สำนักงานสหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด ในบริเวณสำนักพัฒนาและถ่ายทอดเทคโนโลยีการสหกรณ์ เลขที่ 20 ถนนพิชัย แขวงดุสิต เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
โอนเงินค่าสมัครเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาศรียาน เลขที่ 012-1-61744-0
ชื่อบัญชี “สหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด”

รายละเอียดอื่น ๆ โปรดสอบถาม โทร. 0-2241-4711-12, 0-2244-8720-21 ต่อ 27
โทรสาร 0-2241-4404

รับที่.....
วันที่.....



เลขทะเบียนที่.....
ใบรับเงินเลขที่.....
วันที่.....

ใบสมัคร
เข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี (เกิดวันที่.....)

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ ตั้งบ้านเรือนอยู่
เลขที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์ (สำนักงาน).....โทรศัพท์ (มือถือ).....

ได้เข้าใจข้อบังคับของสหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด โดยตลอดแล้วเห็นชอบวัตถุประสงค์ของสหกรณ์
นี้ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิก และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้าเป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ ซึ่งรับค่าจ้างรายเดือนประเภท.....
มาตั้งแต่วันที่.....ขณะนี้ดำรงตำแหน่ง (ในกรณีผู้สมัครยังเป็นข้าราชการทดลองปฏิบัติ
หน้าที่อยู่ให้แสดงข้อความไว้ด้วย).....แผนก/สำนักงานหรือหน่วย
.....กองหรือจังหวัด.....สังกัด.....
รับเงินเดือนที่.....ในอัตราเงินได้รายเดือน ฯ ละบาท

ข้อ 2. ข้าพเจ้าได้ส่งเงินค่าธรรมเนียมนำเข้าจำนวนห้าสิบบาท และค่าหุ้น.....หุ้น
(หุ้นละสิบบาท) รวมจำนวนเงิน.....บาท มาพร้อมกับใบสมัครนี้ และขอแสดงความจำนง
ส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ในอัตราเดือนละ.....บาท

ข้อ 3. ข้าพเจ้าเคยเป็นสมาชิกแห่งสหกรณ์นี้มาแล้ว และได้ลาออกไปเมื่อวันที่.....
เพราะเหตุ.....

ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้
รายเดือนของข้าพเจ้าที่ได้รับมอบหมายจากสหกรณ์หักเงินได้รายเดือนเพื่อชำระตามพันธะที่ข้าพเจ้า
มีอยู่ต่อสหกรณ์

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก จักปฏิบัติตามข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ทุกประการ

.....

ผู้สมัคร

คำรับรองของสมาชิก

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนที่.....

ขอรับรองว่าข้อความตามใบสมัครนี้เป็นความจริง

.....

สมาชิกผู้รับรอง

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เลขทะเบียนที่.....

ขอรับรองว่าข้อความตามใบสมัครนี้เป็นความจริง

.....

สมาชิกผู้รับรอง

มติคณะกรรมการดำเนินการ

.....

.....

.....

ชุดที่.....ประชุมครั้งที่.....วันที่.....

.....

เลขานุการ

คำอนุญาตของสามีหรือภรรยา

* * * * *

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เป็นสามี หรือภรรยาของ
นาย/นาง.....ได้ทราบข้อความในใบสมัครนี้แล้ว อนุญาตให้
นางหรือนาย.....สมัครเข้าเป็นสมาชิก และผูกพันตามข้อบังคับ
สหกรณ์นี้ทุกประการ

.....สามีหรือภรรยา
(.....)

.....พยาน
(.....)

.....พยาน
(.....)

หนังสือให้คำยินยอมหักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือบำนาญ หรือเงินอื่นใด

เขียนที่

วันที่.....

อาศัยความตามมาตรา 42/1 แห่งพระราชบัญญัติสหกรณ์ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด เลขทะเบียนที่..... ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....รับเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ ในสังกัดกรมส่งเสริมสหกรณ์ จึงทำหนังสือให้คำยินยอมไว้กับสหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด ดังนี้

1. ข้าพเจ้ายินยอมให้กรมส่งเสริมสหกรณ์ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหักเงินเดือนค่าจ้าง เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ เงินบำเหน็จตกทอด หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากกรมส่งเสริมสหกรณ์ เพื่อชำระหนี้เงินกู้ ดอกเบี้ย เงินฝาก ค่าหุ้นประจำเดือน หรือภาระผูกพันอื่นที่มีต่อสหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด ให้แก่สหกรณ์ ตามจำนวนที่สหกรณ์แจ้งไปจนกว่าหนี้หรือภาระผูกพันนั้นจะระงับสิ้นไป

2. ข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนหนังสือให้คำยินยอมฉบับนี้ เว้นแต่สหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด จะให้ความยินยอม

3. ให้สหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด ส่งฉบับหนังสือให้คำยินยอมฉบับนี้ให้กรมส่งเสริมสหกรณ์ ไว้เป็นหลักฐานด้วย

(ลงชื่อ).....สมาชิก

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....) สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....) สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

หมายเหตุ พยานต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดียวกัน 2 คน

หนังสือให้คำยินยอมหักเงินเดือน หรือค่าจ้าง หรือบำนาญ หรือเงินอื่นใด

เขียนที่

วันที่.....

อาศัยความตามมาตรา 42/1 แห่งพระราชบัญญัติสหกรณ์ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสหกรณ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด เลขทะเบียนที่..... ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....รับเงินเดือน ค่าจ้าง เงินบำนาญ ในสังกัดกรมส่งเสริมสหกรณ์ จึงทำหนังสือให้คำยินยอมไว้กับสหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด ดังนี้

1. ข้าพเจ้ายินยอมให้กรมส่งเสริมสหกรณ์ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายหักเงินเดือนค่าจ้าง เงินบำนาญ เงินบำเหน็จ เงินบำเหน็จตกทอด หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากกรมส่งเสริมสหกรณ์ เพื่อชำระหนี้เงินกู้ ดอกเบี้ย เงินฝาก ค่าหุ้นประจำเดือน หรือภาระผูกพันอื่นที่มีต่อสหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด ให้แก่สหกรณ์ ตามจำนวนที่สหกรณ์แจ้งไปจนกว่าหนี้หรือภาระผูกพันนั้นจะระงับสิ้นไป

2. ข้าพเจ้าจะไม่เพิกถอนหนังสือให้คำยินยอมฉบับนี้ เว้นแต่สหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด จะให้ความยินยอม

3. ให้สหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด ส่งคู่ฉบับหนังสือให้คำยินยอมฉบับนี้ให้กรมส่งเสริมสหกรณ์ ไว้เป็นหลักฐานด้วย

(ลงชื่อ).....สมาชิก

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....) สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....) สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

หมายเหตุ พยานต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดียวกัน 2 คน

เลขทะเบียนสมาชิก.....

หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์จาก
สหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด
เลขทะเบียนที่.....อยู่บ้านเลขที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....ขอแสดงเจตนาดังผู้รับโอนประโยชน์ซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะได้รับ
จากสหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด โดยหนังสือนี้ว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่กรรมในระหว่างเป็น
สมาชิกสหกรณ์นี้ ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินค่านั้น เงินฝาก หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้ามีสิทธิจะได้รับจาก
สหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด ให้แก่บุคคล รวม.....คน ดังมีรายชื่อต่อไปนี้

1. นาย/นาง/น.ส.ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่
บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ให้มีสิทธิได้รับ.....

2. นาย/นาง/น.ส.ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่
บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ให้มีสิทธิได้รับ.....

3. นาย/นาง/น.ส.ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่
บ้านเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....เกี่ยวข้องเป็น.....
ให้มีสิทธิได้รับ.....

(ลงชื่อ).....ผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

1. ให้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ไว้กับสหกรณ์ข้าราชการสหกรณ์ จำกัด
2. ผู้ลงชื่อเป็นพยานต้องเป็นข้าราชการ หรือเป็นเจ้าหน้าที่ของสหกรณ์ แล้วแต่กรณี
3. การเปลี่ยนแปลงตัวผู้รับเงินในภายหลัง ให้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับใหม่มาเปลี่ยน

7. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย

☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด..... ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง
ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี

☐ เล็กดื่ม เมื่อ.....

8. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

☐ ไม่สูบ/ไม่เคย

☐ สูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี

☐ เล็กสูบ เมื่อ.....

9. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาดังข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย/ไม่มี

☐ เคย/มี

หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้โปรดระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> สายตาพิการ	<input type="checkbox"/> โรคหอบหืด	<input type="checkbox"/> ดีซ่าน	<input type="checkbox"/> โรคต่อมน้ำเหลืองโต
<input type="checkbox"/> โรคจอประสาทตา	<input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> ม้ามโต	<input type="checkbox"/> เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ
<input type="checkbox"/> โรคคอหิน	<input type="checkbox"/> โรคถุงลมโป่งพอง	<input type="checkbox"/> โรคตับอ่อนอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคมะเร็ง
<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดในสมอง	<input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
<input type="checkbox"/> โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	<input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)
<input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเก๊าท์	<input type="checkbox"/> พิการทางร่างกาย
<input type="checkbox"/> โรคความจำเสื่อม	<input type="checkbox"/> โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/> โรคหนังแข็ง	<input type="checkbox"/> โรคจิต
<input type="checkbox"/> โรคชัก	<input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือด	<input type="checkbox"/> โรคเอสแอลอี	<input type="checkbox"/> โรคประสาท
<input type="checkbox"/> โรคปอดหรือปอดอักเสบ	<input type="checkbox"/> โรคแผลในทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> โรคเลือด	<input type="checkbox"/> โรคซึมเศร้า
<input type="checkbox"/> โรควัณโรค	<input type="checkbox"/> โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ความผิดปกติ
	<input type="checkbox"/> โรคพิษสุราเรื้อรัง	<input type="checkbox"/> โรคไทรอยด์	

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการรักษา (ระบุว่าได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาดังข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและการป้องกัน	สถานที่รักษาพยาบาล (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)
.....
.....

10. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือ การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่

☐ ไม่เคย

☐ เคย

ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์
.....
.....

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น

☐ ไม่เคย

☐ เคย

ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา
.....
.....

การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ

☐ ถือสัญชาติอเมริกัน

☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา

(Green card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น

☐ เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

☐ ไม่มี

☐ มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้า หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกฎหมายประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 20 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกฎหมายประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

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

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันชีวิต

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา/มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)