



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญ

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ฝ่ายท่าไม้ภาคเหนือ จำกัด

ข้าพเจ้า..... อาศัยอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้ว

เห็นชอบในความมุ่งหมายของสหกรณ์ จึงขอ สมัครเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ และขอใช้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ 1. ข้าพเจ้ามีอายุ..... ปี (เกิดวันที่.....)

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจหรือทำงานประจำในตำแหน่ง.....

สังกัด..... บรรจุเมื่อวันที่.....

ได้รับเงินเดือน..... บาท

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกสหกรณ์, สหกรณ์ประเภทเครดิตสหกรณ์อื่น ไม่ว่ามีความผิด ชนิดจำกัด หรือไม่จำกัด

ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินหุ้นสะสม รายเดือนต่อสหกรณ์ในอัตรา..... บาท (ไม่ต่ำกว่า 5% เงินเดือน)

ข้อ 5. ข้าพเจ้าขอแถลงรายการหนี้สินทั้งหมด ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ดังต่อไปนี้ (แสดงข้อความละเอียดแต่ละราย คือ ชื่อและสำนักงานของเจ้าหนี้ วันเป็นหนี้ จำนวนหนี้สินตั้งแต่แรก อัตราดอกเบี้ยร้อยละต่อไป หลักประกันที่ให้ไว้ จำนวนต้นเงินคงเหลือ จำนวนดอกเบี้ยค้างชำระ และเป็นหนี้สินเพื่อการใด ให้ครบถ้วนทุกราย).....

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอกู้เงินของสหกรณ์ เพื่อชำระหนี้สินซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ดังกล่าวในข้อ 5 นั้น เป็นจำนวนเงิน..... บาท ในกรณีที่มีหนี้สินอยู่ แต่ไม่ประสงค์ขอกู้เงินเพื่อชำระหนี้สินนั้น หรือขอกู้น้อยกว่าจำนวนหนี้สินนั้น ข้าพเจ้าขอชี้แจงเหตุผลดังต่อไปนี้.....

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ โปรดหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือนและจำนวนเงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์นั้น จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อจ่าย เพื่อส่งต่อสหกรณ์ด้วย

ข้อ 8. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิก ทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินสะสมรายเดือนครั้งแรกต่อสหกรณ์ ให้เสร็จภายในวันที่ ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนดการชำระเงินจำนวนดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ปฏิบัติตามความในข้อ 7 ด้วย

ข้อ 9. ข้าพเจ้ายอมปฏิบัติตามมติคณะกรรมการดำเนินการ ประกาศ คำสั่ง ระเบียบ ข้อบังคับของ สหกรณ์ทุกประการ ทั้งในปัจจุบันและภายหน้า พร้อมกับแนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาบัตรคูสมรสและสำเนาทะเบียนสมรส(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้สมัคร

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้าและตามที่ข้าพเจ้าได้ สอบสวนข้อความ ซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะ ถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ ข้อ 11 (2) และสมควรเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์นี้ได้

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร

สำหรับสหกรณ์ออมทรัพย์ฝ่ายทำไม้ภาคเหนือ จำกัด

- อนุมัติ รับให้เป็นสมาชิกฯ ทั้งนี้ ตามมติกรรมการดำเนินการ ชุดที่..... ครั้งที่..... เมื่อวันที่.....
- ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....



สหกรณ์ออมทรัพย์ฝ่ายทำไม้ภาคเหนือ จำกัด

26 ถนนท่ามะโอ ตำบลเวียงเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000 โทรศัพท์/โทรสาร 054-321493

หนังสือยินยอมของคู่สมรส

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เป็นสามี/ภรรยา ของนาย/นาง.....
ขอให้ทำหนังสือยินยอมให้ นาย/นาง.....สมาชิกแห่งสหกรณ์ออมทรัพย์ฝ่ายทำไม้
ภาคเหนือ จำกัด ทำหนังสือกู้และนิติกรรมอื่นๆ ต่อสหกรณ์ฯ ได้

อนึ่ง ในกรณีที่ นาย/นาง..... คู่สมรสของข้าพเจ้าถึงแก่ความตาย
ก่อนชำระหนี้ให้แก่สหกรณ์ฯ เสร็จสิ้น เงินสะสม บำเหน็จ บำนาญ เงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือเงินอื่นใด ทุกประเภท
ซึ่งต้องจ่ายในนามข้าพเจ้าในฐานะคู่สมรสของผู้ตายนั้น ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องหักเงินดังกล่าว เพื่อ
ชำระหนี้ให้แก่สหกรณ์ฯ จนครบถ้วนก่อนจ่ายให้ในนามข้าพเจ้า

.....สามี/ภรรยา
(.....)

.....พยาน
(.....)

.....พยาน
(.....)

๒. ให้สหกรณ์ออมทรัพย์ฝ่ายทำไม้ภาคเหนือ จำกัด เป็นผู้ดำเนินการจัดแบ่งทรัพย์สินและสิทธิประโยชน์ของข้าพเจ้ายกให้แก่บุคคลข้างต้นตามเจตนาที่ระบุไว้ตามข้อ ๑ ทุกประการ

หนังสือตั้งผู้รับ โอนประโยชน์นี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความตรงกัน มอบไว้ที่สหกรณ์ออมทรัพย์ฝ่ายทำไม้ภาคเหนือ จำกัด หนึ่งฉบับ และข้าพเจ้า(ผู้แต่งตั้งผู้รับ โอนประโยชน์) เก็บไว้หนึ่งฉบับ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ขณะทำหนังสือตั้งผู้รับ โอนประโยชน์ฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะครบถ้วนบริบูรณ์ทุกประการ และเป็นการแสดงเจตนาของข้าพเจ้าอย่างแท้จริง โดยมิได้สำคัญผิดหรือถูกข่มขู่หรือถูกกลฉ้อฉลแต่อย่างใด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยานสองคน

(ลงชื่อ).....สมาชิกผู้ทำหนังสือ/แสดงเจตนา
(.....)

ขอรับรองว่าผู้ทำหนังสือนี้ได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าข้าพเจ้าซึ่งเป็นพยานทั้งสองคนจริง

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้เขียน/พิมพ์ (กรณีเขียน/พิมพ์ ให้กับผู้แสดงเจตนา)
(.....)

เงื่อนไขการตั้งผู้รับโอนประโยชน์

๑. ผู้ทำหนังสือต้องเขียนด้วยลายมือตนเองทั้งหมด หากให้ผู้อื่นเขียน ต้องลงลายมือชื่อระบุว่าเป็นผู้เขียนด้วย
๒. ผู้ทำหนังสือต้องลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคนพร้อมกัน
๓. พยานทั้งสองคนต้องลงลายมือชื่อรับรองลายมือชื่อของผู้ทำหนังสือในขณะนั้น
๔. ผู้เขียน/พิมพ์ หรือพยานในหนังสือ รวมทั้งคู่สมรสของผู้เขียน/พิมพ์ หรือพยาน จะเป็นผู้รับ โอนประโยชน์ไม่ได้
๕. ผู้รับ โอนประโยชน์สามารถระบุได้ตั้งแต่ ๑ คน หรือหลายคนก็ได้ กรณีตั้งผู้รับ โอนประโยชน์มากกว่าหนึ่งคนโปรดกำหนดร้อยละที่ผู้รับ โอนประโยชน์แต่ละคนจะมีสิทธิได้รับให้ชัดเจนด้วย ตัวอย่างเช่น

๕.๑ นาย ก. ให้ได้รับร้อยละ ๕๐ นางสาว ข. ให้ได้รับร้อยละ ๓๐ เด็กหญิง ค. ให้ได้รับร้อยละ ๒๐

หรือ ๕.๒ นาย ก. ให้ได้รับร้อยละ ๑๐๐ นางสาว ข. ให้ได้รับร้อยละ ๑๐๐ เด็กหญิง ค. ให้ได้รับร้อยละ ๑๐๐

ตามลำดับ หมายความว่า หาก นาย ก. ยังมีชีวิตอยู่ให้ นาย ก. เป็นผู้รับประโยชน์แต่เพียงผู้เดียว เว้นแต่ นาย ก. ถึงแก่กรรมจึงให้นางสาว ข. เป็นผู้รับประโยชน์แต่เพียงผู้เดียว และเด็กหญิง ค. เป็นผู้รับโอนประโยชน์ทั้งหมด หาก นาย ก. และนางสาว ข. ถึงแก่กรรม

๖. กรณีที่มีการชุกฉด ตก เต็มหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลง ให้ขีดฆ่าข้อความเดิม ด้วยมือตนเองและลงลายมือชื่อกำกับไว้ทุกตำแหน่ง และห้ามใช้ยางลบ หรือหมึกขาวลบในเอกสารนี้ มิฉะนั้นถือว่าไม่สมบูรณ์



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

G003

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารไอเธียวลาด ออฟฟิศ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110
โทร. 0-2261-2300 แฟกซ์ 0-2261-3344 www.ocean.co.th E-mail : info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0-2207-8888

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม (สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัย)
Group Life Insurance Application Form (For Insured Person)

กรมธรรม์เลขที่.....
Policy Number

ใบสำคัญสมาชิกเลขที่.....
Certificate Number

กรอกโดยเจ้าหน้าที่ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Ocean Life Insurance Public Company Limited to Complete

Group Insurance Benefits Plan		Effective Date:
LIFE.....	.....	□□ / □□ / □□□□
AD&D.....	.....	Remarks:
ME.....	.....	.....
TPD.....	.....	.....
HEALTH.....	.....	.....
OTHERS.....	.....	PIC:

กรณีที่มีการแก้ไข ลบ ชิดนำ ผู้ขอเอาประกันชีวิต โปรดลงลายมือชื่อกำกับด้วยปากกาห้ามขีดวง
In case of edit, erasure or strike out, please affix your name with the same pen.

- พนักงาน/สมาชิกองค์กร
Employee/Org. Member
- คู่สมรส บุตร บิดา-มารดา
Spouse Children Parents

ชื่อ-นามสกุล สมาชิกผู้เอาประกันภัย (โปรดระบุชื่อนำหน้าด้วย)..... เพศ ชาย หญิง
Name and Surname of Insured Person (Please Specify Prefix) Gender Male Female

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□□□□□
I.D. Number

วันที่บัตรหมดอายุ □□ / □□ / □□□□
Date of Expiry

วัน เดือน ปี เกิด □□ / □□ / □□□□ อายุ □□ ปี น้ำหนัก □□ กก. ส่วนสูง □□ ซม.
Date of Birth (dd/mm/yyyy) Age Year Weight kg. Height cm.

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
Permanent Address

ที่อยู่ปัจจุบัน/ที่ติดต่อ.....
Current/Contact Address

โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน..... อีเมล.....
Mobile Phone Home Phone E-Mail Address

สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง อาชีพ.....
Marital Status Single Married Widow Divorce Occupation

ชื่อ-นามสกุล คู่สมรส..... อาชีพคู่สมรส.....
Name and Surname of Spouse Spouse's Occupation

สำหรับพนักงาน/สมาชิกองค์กร (For Employee/Org. Member)

ชื่อบริษัท/องค์กร.....	วันที่เข้าทำงาน □□ / □□ / □□□□
Company/Org. Name	Date of Entry
รหัสพนักงาน/สมาชิก..... ตำแหน่งงาน.....	โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
Employee/Member ID. Position	Office Phone

สำหรับคู่สมรส/บุตร/บิดา-มารดา (For Spouse/Children/Parents)

ชื่อ-นามสกุล พนักงาน/สมาชิกหลัก.....	รหัสพนักงาน/สมาชิก.....
Name and Surname of Employee/Member	Employee/Member ID.

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์	ความสัมพันธ์	สัดส่วนผลประโยชน์ (%)	ที่อยู่
1) ผู้ให้กู้.....
2) ภัทกรหรืออมทรัพย์ฝ่ายทำไม้ภาคเหนือ จำกัด	% ของส่วนที่เหลือจาก 1	.....
3) 28 ถ.ท่ามะเอี ด.เวียงเหนือ	% ของส่วนที่เหลือจาก 1	.....
4) ข.เมือง จ.ลำปาง 52000	% ของส่วนที่เหลือจาก 1	.....

✓ **คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ และประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของสมาชิกผู้เอาประกันภัย**

Questions about the applicant's health and disease or treatment history.

(ก) ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใด ๆ

Do you have a good health, no mental and physical abnormalities and/or disability or no illness caused by AIDS or HIV or any critical illness?

ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....
Yes No (Please give full details)

(ข) ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจ หรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่?

During the last 3 years, Have you consulted any medical advisor, or received any treatment, blood tests, blood pressure, urine, X-ray, heart test or something else?

เคย ไม่เคย (โปรดระบุรายละเอียด).....
Yes No (Please give full details)

การให้อภัยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม
Statements giving, giving authorization, giving consent

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัย และปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

I confirm that the answers in this application that I have given, including the answers to the authorized medical examiner are true and correct in all respects. I understood well that if I do not provide full disclosure the company may decline the application or deny the benefits payment.

2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

I hereby authorize physicians or other insurers or hospitals that have my past or future health records to disclose all information to Ocean Life Insurance Public Company Limited or its representatives for the purpose of applying for insurance coverage or benefits payment.

3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

I hereby authorize Ocean Life Insurance Public Company Limited to record, use, and disclose the information about my health and my personal information to other insurers or reinsurers or person in authority or health care providers for the purpose of applying for insurance coverage or benefits payment or medical treatments.

ลงชื่อ (Signed).....

ลงชื่อ (Signed).....^X

(.....)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดาหรือผู้แทน โดยชอบธรรม
ของสมาชิกผู้เอาประกันภัย (กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
Parent or guardian of the Insured Person (In case the Insured Person is minor)

สมาชิกผู้เอาประกันภัย
Insured Person's Signature

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
Date Month Year

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

REMINDER OF OFFICE OF INSURANCE COMMISSION

Give answers to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under this policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.