



ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสหบท

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ฝ่ายทำไม้ภาคเหนือ จำกัด

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

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ได้ทราบข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์ โดยตลอดแล้วเห็นชอบในความมุ่งหมายของสหกรณ์ จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ ประเภทสมาชิกสหบท และขอใช้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

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

สังกัด..... ตำแหน่ง.....

เริ่มจ้างเมื่อวันที่..... ได้รับเงินเดือน.....บาท

ข้อ 2. สมัครเป็นสมาชิกสหบท ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวของ.....

สมาชิกเลขที่..... เกี่ยวข้อง.....

ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ในขั้นนี้ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินหุ้นสะสม รายเดือนต่อ

สหกรณ์ในอัตรา.....บาท

ข้อ 4. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกสหบท ข้าพเจ้าจะ

ลงลายมือชื่อชำระค่าธรรมเนียมนำเข้าและเงินหุ้นสะสมรายเดือนครั้งแรกต่อสหกรณ์ให้เสร็จ ภายในวันที่ซึ่ง

คณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนดการชำระเงินจำนวนดังกล่าวนี้

ข้อ 5. หากข้าพเจ้าถึงแก่กรรมซึ่งได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ อันพึงเกิดขึ้นจากการเป็นสมาชิกสหบท ให้หัก

ภาระหนี้ซึ่งต้องชำระคืนแก่สหกรณ์ก่อน ส่วนที่เหลือให้จ่ายแก่ผู้รับผลประโยชน์ตามที่ข้าพเจ้าระบุไว้ในหนังสือ

แสดงเจตนาการตั้งผู้รับโอนประโยชน์

ข้อ 6. ข้าพเจ้ายอมปฏิบัติตามมติคณะกรรมการดำเนินการ ประกาศ คำสั่ง ระเบียบ ข้อบังคับของสหกรณ์

ทุกประการ ทั้งในปัจจุบันและภายหน้า พร้อมกับแนบเอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรกลุ่มสมรสและสำเนาทะเบียนสมรส(ถ้ามี)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัด..... ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้าและ

ตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความ ซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัคร

เป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ หมวด 5 ข้อ 32 และหมวด 6 ข้อ 50 และสมควรเข้า

เป็นสมาชิกสหกรณ์นี้ได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร

คำรับรองการสมัครเป็นสมาชิกสมทบ

(กรณีเป็นบุคคลในครอบครัวสมาชิกหลัก)

ข้าพเจ้าขอรับรองและยินยอมให้ผู้สมัครซึ่งเป็นสถานะภาพ O บุตร O คู่สมรส O บิดา O มารดา
สมัครเป็นสมาชิกสมทบ

ลงชื่อ.....

(.....)

สมาชิกสหกรณ์ เลขที่.....

กรณีเป็นสัญญาจ้าง (ให้มีผู้รับรอง จำนวน 2 คน)

คำรับรองของสมาชิกสหกรณ์ คนที่ 1 (โปรดระบุ)

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์เลขที่

ขอรับรองว่า ผู้สมัครเป็นสมาชิกสมทบ มีคุณสมบัติถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ และได้แสดงข้อความ
ในใบสมัครข้างบนนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

คำรับรองของสมาชิกสหกรณ์ คนที่ 2 (โปรดระบุ)

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์เลขที่

ขอรับรองว่า ผู้สมัครเป็นสมาชิกสมทบ มีคุณสมบัติถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ และได้แสดงข้อความ
ในใบสมัครข้างบนนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

สำหรับสหกรณ์ออมทรัพย์ฝ่ายทำไม้ภาคเหนือ จำกัด

อนุมัติ รับให้เป็นสมาชิกฯ ทั้งนี้ ตามมติกรรมการดำเนินการ ชุดที่..... ครั้งที่..... เมื่อวันที่.....

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

๒. ให้สหกรณ์ออมทรัพย์ฝ่ายทำไม้ภาคเหนือ จำกัด เป็นผู้ดำเนินการจัดแบ่งทรัพย์สินและสิทธิประโยชน์ของข้าพเจ้ายกให้แก่บุคคลข้างต้นตามเจตนาที่ระบุไว้ความข้อ ๑ ทุกประการ

หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์นี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความตรงกัน มอบไว้ที่สหกรณ์ออมทรัพย์ฝ่ายทำไม้ภาคเหนือ จำกัด หนึ่งฉบับ และข้าพเจ้า(ผู้แต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์) เก็บไว้หนึ่งฉบับ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ขณะทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์ฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะครบถ้วนบริบูรณ์ทุกประการ และเป็น การแสดงเจตนาของข้าพเจ้าอย่างแท้จริง โดยมีได้สำคัญผิดหรือถูกข่มขู่หรือถูกกลั่นแกล้งแต่อย่างใด 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 จะเป็นผู้รับโอนประโยชน์ไม่ได้
 ๕. ผู้รับโอนประโยชน์สามารถระบุได้ตั้งแต่ ๑ คน หรือหลายคนก็ได้ กรณีตั้งผู้รับโอนประโยชน์มากกว่าหนึ่งคนโปรดกำหนดร้อยละที่ผู้รับโอนประโยชน์แต่ละคนจะมีสิทธิได้รับให้ชัดเจนด้วย 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. กรณีที่มีการชุกฉาบ ตก เต็มหรือแก้ไขเปลี่ยนแปลง ให้ชี้แจงว่าข้อความเดิม ด้วยมือตนเองและลงลายมือชื่อกำกับไว้ทุกตำแหน่ง และห้ามใช้ยางลบ หรือมีกาวลบในเอกสารนี้ มิฉะนั้นถือว่าไม่สมบูรณ์



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

G003

สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเรียนทอลแควอเตอร์ 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

LIFE.....
AD&D.....
ME.....
TPD.....
HEALTH.....
OTHERS.....

Effective Date: [] / [] / []

Remarks:
.....
.....

PIC:

กรณีที่มีการแก้ไข ลบ ชิดมา ผู้ขอเอาประกันชีวิต โปรดลงลายมือชื่อกำกับด้วยปากกาด้ามเดียวกัน
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 (โปรดระบุคำนำหน้าด้วย)..... 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
Name and Surname of Beneficiary	Relationship	Proportion of Benefit (%)	Address
1)	ผู้ให้กู้.....	ตามภาระหนี้ที่มีอยู่ขณะเสียชีวิต.....	.....
2) สหกรณ์ออมทรัพย์ฝ่ายท่าไม้ภาคเหนือ จำกัด	.....	% ของส่วนที่เหลือจาก 1	.....
3) 26 ถ.ท่ามะโอ ต.เวียงเหนือ	.....	% ของส่วนที่เหลือจาก 1	.....
4) อ.เมือง จ.ลำปาง 52000	.....	% ของส่วนที่เหลือจาก 1	.....

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ และประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของสมาชิกผู้เอาประกันภัย

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

(ก) ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีมีภาวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/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)

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

Statements giving, giving authorization, giving consent

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ 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 หรือจะมีขึ้นต่อไป ในอนาคต 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

(.....)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

สมาชิกผู้เอาประกันภัย

ของสมาชิกผู้เอาประกันภัย (กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

Insured Person's Signature

Parent or guardian of the Insured Person (In case the Insured Person is minor)

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.