



หนังสือแสดงความจำนง

ทำประกันชีวิตกลุ่ม คຸ້ມครองสินเชื่อ แบบสหสินเกื้อทรัพย์

เรียน กรรมการผู้จัดการบริษัทสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

สหกรณ์.....จำกัด ประสงค์จะทำประกันชีวิตกลุ่มคຸ້ມครองสินเชื่อแบบ
"สหสินเกื้อทรัพย์" กับบริษัทสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

- 871 คຸ້ມครองชีวิต จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง
- 872 คຸ້ມครองชีวิตและทุพพลภาพ จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง
- 873 คຸ້ມครองชีวิตและทุพพลภาพ จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
- 874 คຸ້ມครองชีวิต จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
- 875 คຸ້ມครองชีวิต จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง
- 876 คຸ້ມครองชีวิตและทุพพลภาพ จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

พร้อมได้จัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องมาเพื่อประกอบการพิจารณาดังนี้

- ใบสำคัญจดทะเบียนสหกรณ์
- เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร(ถ้ามี)
- สำเนาบัตรประชาชน ของผู้มีอำนาจลงนามแทนสหกรณ์



ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจกระทำการแทนสหกรณ์

(.....)

ตำแหน่ง.....



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

36/179, 36/183, 36/186 ถนนมอเตอร์เวย์ แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520 โทร.0-2379-5099 โทรสาร.0-2379-54466, 0-2731-7727-28
36/179, 36/183, 36/186 Motorway Road, Khlong Song Ton Nun, Lat Krabang, Bangkok 10520, Thailand Tel. +66-2379-5099 Fax +66-2379-5466, +66-2731-7727-28

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครองเงินเชื่อ
สำหรับผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

1. ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย.....
2. ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
เขต/อำเภอ.....แขวง/ตำบล.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
3. ลักษณะธุรกิจ.....
4. จำนวนเงินกู้ที่ให้กู้ยืมเฉลี่ยต่อปี.....บาท
จำนวนผู้ขอเงินเฉลี่ยต่อปี.....คน
จำนวนเงินที่ให้กู้ยืมต่ำสุด.....บาท สูงสุด.....บาท
5. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยให้ผู้กู้ยืมผ่อนชำระคืนเงินกู้แบบใด รายเดือน รายปี
6. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยมีความประสงค์จะขอเอาประกันภัยชีวิตแบบคุ้มครองเงินเชื่อ เพื่อคุ้มครองสมาชิกผู้เอาประกันภัยในกรณีใดบ้าง
ความคุ้มครองตามแบบที่เลือก
 แบบคุ้มครองชีวิต แบบคุ้มครองชีวิตและทุนพลาภาพถาวรสิ้นเชิง
ความคุ้มครองตามจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
 จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่
 จำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง แบบรายเดือน แบบรายปี

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มของผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยขอรับรองว่าข้อความในใบคำขอเอาประกันชีวิตแบบกลุ่มคุ้มครองเงินเชื่อนี้ เป็นความจริงทุกประการและถือว่า

ข้อความในใบคำขอเอาประกันภัยดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยระหว่างผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยและบริษัท

ทำที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อตัวแทน.....ใบอนุญาตเลขที่.....รหัสตัวแทน.....



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

SAHA LIFE INSURANCE PUBLIC CO., LTD.

36/179, 36/183, 36/186 ถนนมอเตอร์เวย์ แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520 โทร.0-2379-5099 โทรสาร.0-2379-5466, 0-2731-7727-28

36/179, 36/183, 36/186 Motorway Road, Khlong Song Ton Nun, Lat Krabang, Bangkok 10520, Thailand Tel. +66-2379-5099 Fax +66-2379-5466, +66-2731-7727-28

Website : http://www.sahalife.co.th E-mail Address : saha@sahalife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107554000186

คำรับรองสำหรับผู้ถือกรมธรรม์

หนังสือรับรองการได้รับความยินยอมจากสมาชิกผู้เอาประกันภัย

(สำหรับกรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มคุ้มครองสินเชื่อ)

ทำที่ _____

วันที่ _____

สทหรณ์ _____ ขอรับรองว่าสทหรณ์ได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ของบริษัทผู้รับประกันภัยให้กับสมาชิกผู้เอาประกันภัยรับทราบแล้ว และข้อมูลของสมาชิกผู้เอาประกันภัยที่ส่งให้บริษัทผู้รับประกันภัยและ/หรือนายหน้าประกันชีวิตเป็นข้อมูลที่ต้องและได้รับความยินยอมจากสมาชิกผู้เอาประกันภัยก่อนนำส่งข้อมูลให้กับบริษัทผู้รับประกันภัยและ/หรือนายหน้าประกันชีวิตเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ดังนี้

1. สมาชิกผู้เอาประกันภัย ยินยอมให้สทหรณ์ _____ และ บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ สมาชิกผู้เอาประกันภัย เพื่อวัตถุประสงค์ในการขอเอาประกันภัย การตรวจสอบสุขภาพ การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ รวมถึงการใด ๆ อันเกี่ยวกับธุรกิจประกันภัย โดยการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้รวมถึงบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทรับประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิตหรือนายหน้าประกันชีวิต

2. สมาชิกผู้เอาประกันภัย ยินยอมให้ บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของสมาชิกผู้เอาประกันภัย เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การตรวจสอบสุขภาพ หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย รวมถึงการใด ๆ อันเกี่ยวกับธุรกิจประกันภัย โดยการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้รวมถึงบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทรับประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิตหรือนายหน้าประกันชีวิต

3. สมาชิกผู้เอาประกันภัย ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตสามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทผู้รับประกันภัยหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้

สทหรณ์ตกลงว่าจะจัดการให้สมาชิกผู้เอาประกันภัยลงนามในหนังสือให้ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวเพื่อการทำประกันภัยกลุ่มตามที่แนบมานี้ ซึ่งสทหรณ์จะจัดเก็บหลักฐานความยินยอมของสมาชิกผู้เอาประกันภัยไว้ตลอดเวลา และสามารถให้สำเนาแก่บริษัทผู้รับประกันภัยและ/หรือตัวแทนประกันชีวิต ได้เมื่อร้องขอ

ในกรณีที่สมาชิกถอนความยินยอม สทหรณ์มีหน้าที่ต้องแจ้งให้ สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือตัวแทนประกันชีวิต ทราบโดยไม่มีค่าใช้จ่าย และสทหรณ์จะช่วยอำนวยความสะดวกแก่สมาชิกผู้เอาประกันภัย และ/หรือตัวแทนประกันชีวิต ในการติดต่อและแจ้งให้สมาชิกผู้เอาประกันภัยทราบว่า การเพิกถอนความยินยอมนี้อาจจะส่งผลให้บริษัทผู้รับประกันภัยไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์หรือภาระผูกพันที่มีต่อสมาชิกผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ทั้งหมดหรือบางส่วนได้

สทหรณ์จะรับผิดชอบตามกฎหมายต่อบริษัทผู้รับประกันภัยและ/หรือตัวแทนประกันชีวิต หากสทหรณ์ดำเนินการใดที่เป็นการขัดแย้งกับคำรับรอง และ/หรือกฎหมายดังกล่าว

ลงชื่อ _____ กรรมการผู้มีอำนาจ / ผู้รับมอบอำนาจ

(_____)

ตำแหน่ง.....

พร้อมตราประทับสทหรณ์