



รูป
สมาชิกสามัญ

สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสามัญ

รับที่.....
วันที่.....
ผู้รับ.....เวลา.....น.

เลขทะเบียนสมาชิก.....

วันที่*.....
เขียนที่*.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) *.....

(ชื่อ - นามสกุล ภาษาอังกฤษ) *.....

หมายเลขบัตรประชาชน *

*ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน

ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทรศัพท์ (ที่บ้าน) เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ)

E-mail :

เห็นชอบในวัตถุประสงค์ ข้อบังคับและระเบียบของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด จึงขอสมัคร
เข้าเป็นสมาชิก และขอให้ถ้อยคำต่อสหกรณ์ฯ ดังนี้

* ข้อ 1. ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี เกิดเมื่อวันที่

สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส (ชื่อ-นามสกุล).....
☐ หย่า ☐ หม้าย

* ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น ☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ
☐ พนักงานมหาวิทยาลัย ☐ ข้าราชการในสถาบันอุดมศึกษา
ปัจจุบันสังกัด ☐ โรงพยาบาล ☐ สำนักงานแพทย์

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง ☐ แพทย์ ☐ พยาบาล ☐ บริหารทั่วไป ☐ ลูกจ้าง

ภาควิชา/ฝ่าย/กลุ่มงาน/หน่วยงาน/อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ได้รับการบรรจุเมื่อวันที่ อัตราเงินเดือน..... บาท

เลขที่รับเงินเดือน เลขบัญชีธนาคารกรุงไทยที่เงินเดือนโอนเข้า.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... ต่อ

ข้อ 3. ข้าพเจ้าไม่ได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้กู้ยืม

ข้อ 4. ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงของส่งเงินค่าหุ้นเป็นรายเดือนตามเกณฑ์
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ของเงินได้รายเดือน ส่วนขั้นสูงไม่เกินร้อยละ 50 ของเงินได้รายเดือน ต่อสหกรณ์เป็นจำนวน
เงินเดือนละ * บาท (*.....)

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอม ให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ที่จ่ายเงินได้รายเดือน
ของข้าพเจ้าหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือน และจำนวนเงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์นั้น จากเงินได้
รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อส่งต่อสหกรณ์ด้วย

ข้อ 6. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกได้ ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิก พร้อมทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า และเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ให้เสร็จภายในวันซึ่งคณะกรรมการดำเนินการกำหนด รวมทั้งเปิดบัญชีเงินฝากออมทรัพย์กับสหกรณ์ เพื่อใช้ทำธุรกรรมระหว่างสหกรณ์กับข้าพเจ้า

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และมติของสหกรณ์ฯทุกประการ

(ลงชื่อ)*.....ผู้สมัคร เลขทะเบียนสมาชิก
(.....)

หมายเหตุ สมาชิกสามารถเข้าสู่ข้อมูลของตนเองบนเว็บไซต์สหกรณ์ได้โดยใช้เลขสมาชิก 6 หลัก และรหัสผ่านคือหมายเลขบัตรประชาชน กลุ่มที่ 3 (มี 5 หลัก)

ข้อควรทราบ

ข้าราชการประจำหรือลูกจ้างประจำ ท่านใด สังกัดคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ ฯ และสังกัดสำนักงานการแพทย์ที่ประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกสหกรณ์ จะต้องผ่านการตรวจสอบ และลงลายมือชื่อรับรองจากกรรมการ หรือตัวแทนที่ท่านสังกัดอยู่เสียก่อนทุกครั้ง

หลักฐานใบสมัครประกอบด้วย

- (1) สำเนาสลิปเงินเดือน จำนวน 1 ชุด (เดือนล่าสุด)
- (2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 3 ชุด
- (3) สำเนาคำสั่งบรรจุ จำนวน 1 ชุด (ยกเว้นสังกัดสำนักงานการแพทย์)
- (4) สำเนาบัตรข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ จำนวน 1 ชุด
- (5) สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 1 ชุด
- (6) สำเนาทะเบียนสมรส จำนวน 1 ชุด (ถ้ามี)
- (7) รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป
- (8) สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคารกรุงไทย จำนวน 1 ชุด

หมายเหตุ : กรุณารับรองสำเนาถูกต้องให้เรียบร้อยทุกฉบับ



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
แบบฟอร์มข้อมูลสมาชิกใหม่

คำชี้แจง : กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ตามความเป็นจริง

* 1. ประวัติส่วนตัว

ชื่อ (น.ส./นาง/นาย).....วัน เดือน ปี เกิด.....
เลขที่บัตรประชาชน
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ในกรณีติดต่อข้าพเจ้าไม่ได้ ให้ติดต่อ ชื่อ - นามสกุล
ความสัมพันธ์ โทรศัพท์มือถือ

* 2. ประวัติครอบครัว

2.1 บิดา ชื่อ-นามสกุล

ชื่อ (นาย)..... โทรศัพท์มือถือ

2.2 มารดา ชื่อ-นามสกุล

ชื่อ (น.ส./นาง)..... โทรศัพท์มือถือ

2.3 คู่สมรส ชื่อ-นามสกุล

ชื่อ (น.ส./นาง/นาย)..... โทรศัพท์มือถือ

ที่อยู่ปัจจุบันของคู่สมรส

บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน

ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดในใบแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ*.....
(.....*)



คำรับรองของผู้บังคับบัญชาในตำแหน่งไม่ต่ำกว่าหัวหน้างานหรือเทียบเท่า
(ถ้าผู้สมัครเป็นข้าราชการในตำแหน่งตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปไม่ต้องรับรอง)

และ

หนังสือให้ความยินยอมในการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล*
ของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

เขียนที่*
วันที่*

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)*.....
หมายเลขบัตรประชาชน*.....หมายเลขทะเบียนสมาชิก*.....
ตำแหน่ง*.....(ฝ่าย,กลุ่มงาน,ภาควิชา)*.....
สังกัด*.....โทรศัพท์ที่ทำงาน*.....
โทรศัพท์มือถือ*.....E-MAIL*.....

ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้า และตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้ **เป็นความจริงทุกประการ** ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ได้

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ดำเนินการเก็บ รวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าที่ไว้ในครอบครอง เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด อาทิเช่น การพิจารณาอนุมัติการให้บริการข้อมูล, การจัดทำรายงานสรุป, การประมวลผลสถิติ, การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานของรัฐ และ/หรือ หน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งใช้เพื่อการจัดทำข้อมูลสถิติสำหรับใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด เป็นต้น

ข้าพเจ้าถือว่าคู่มือ และบรรดาสำเนา ภาพถ่าย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือ โทรสารที่ทำสำเนาขึ้นจากหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ โดยการถ่ายสำเนา ถ่ายภาพหรือบันทึกไว้มิ่ว่าในรูปแบบใด ๆ เป็นหลักฐานในการให้ความยินยอมของข้าพเจ้า เช่นเดียวกัน

ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

*
(*)

ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร/ผู้ให้ความยินยอม

*
(*)

สมาชิก/พยาน

หมายเหตุ

* เพื่อให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ทะเบียนสมาชิก

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
สมาชิกเลขทะเบียนที่.....รับเข้าเป็นสมาชิกตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ
ดำเนินการ ในการประชุม ชุดที่.....ครั้งที่.....วันที่.....
ชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า เงินค่าหุ้นรายเดือน เงินรับฝาก และอื่น ๆ
ข้าพเจ้ายอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบการ และมติของ
สหกรณ์ทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ณ วันที่.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
146/69-74 ถนนช้างวิงศ์ไชยชัย แขวงวชิระ เขตดุสิต กทม. 10300
โทรศัพท์ 0-2241-8111

รับที่.....
วันที่.....
ผู้รับ.....เวลา.....น.

แบบบันทึก เรื่อง พินัยกรรมแบบธรรมดาหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

1 / 2

เขียนที่ *

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
เลขทะเบียนที่.....โทรศัพท์มือถือ.....ขอทำหนังสือพินัยกรรมนี้กำหนด
ตั้งผู้รับโอนประโยชน์ไว้เผื่อตาย กล่าวคือเมื่อข้าพเจ้าตาย ให้สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด จ่ายเงินซึ่ง
ข้าพเจ้ามีอยู่ในสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ได้แก่

1. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....
อาชีพ.....ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....ได้รับส่วนแบ่งทั้งหมด

2. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....
อาชีพ.....ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....ได้รับส่วนแบ่ง.....ส่วน

3. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....
อาชีพ.....ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....ได้รับส่วนแบ่ง.....ส่วน

4. ชื่อ - นามสกุล.....อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....
อาชีพ.....ตั้งบ้านเรือนอยู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....ได้รับส่วนแบ่ง.....ส่วน

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาไว้ด้วยว่า ถ้าข้าพเจ้าจะเพิกถอนหรือเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดในหนังสือพินัยกรรม
นี้ โดยทำหนังสือพินัยกรรมฉบับใหม่ขึ้น ก็จะได้มอบหนังสือพินัยกรรมฉบับใหม่นั้นให้ สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล
จำกัด ยึดถือไว้

หนังสือพินัยกรรมนี้ทำไว้ ณ วันที่ (ตัวหนังสือ) *เดือน *
พุทธศักราช (ตัวหนังสือ) *และข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้า
พยาน ทั้งสอง ซึ่งอยู่พร้อมกันในขณะนี้

*ผู้ทำพินัยกรรม
(.....)

ข้าพเจ้า พยานทั้งสอง ขอรับรองว่าผู้ทำพินัยกรรมได้ลงลายมือชื่อในหนังสือพินัยกรรม ข้างบนนี้ต่อหน้า
ข้าพเจ้า ซึ่งอยู่พร้อมหน้ากัน

*พยาน
(.....)

*พยาน
(.....)



สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการ จำกัด
146/69-74 ถนนช้างวงศ์โชทัย แขวงวชิระ เขตดุสิต กทม. 10300
โทรศัพท์ 0-2241-8111

แบบบันทึก เรื่อง พินัยกรรมแบบธรรมดาหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์

2 / 2

* หนังสือพินัยกรรมนี้ข้าพเจ้า.....ที่อยู่.....
.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....เป็นผู้เขียน

*ผู้เขียน
(*)

ข้อที่พึงระวัง

(๑) พินัยกรรมแบบธรรมดา ต้องทำเป็นหนังสือ ลงวัน เดือน ปี ในขณะที่ทำขึ้น และผู้ทำพินัยกรรมต้องลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานอย่างน้อยสองคนพร้อมกัน ซึ่งพยานสองคนนั้นต้องลงลายมือชื่อรับรองลายมือชื่อของผู้ทำพินัยกรรมไว้ในขณะนั้น การขูดลบ ตก เต็ม หรือการแก้ไขเปลี่ยนแปลงอย่างอื่น ซึ่งพินัยกรรมนั้นย่อมไม่สมบูรณ์ เว้นแต่ผู้ทำพินัยกรรมจะได้ลงลายมือชื่อกำกับและพยานลงลายมือชื่อรับรองอย่างเดียวกับที่กล่าวข้างต้น (ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา ๑๖๕๖)

(๒) บุคคลต่อไปนี้ จะเป็นพยานทำพินัยกรรมไม่ได้

(ก) ผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

(ข) บุคคลวิกลจริตหรือบุคคลซึ่งศาลสั่งให้เป็นผู้เสมือนไร้ความสามารถ

(ค) บุคคลที่หูหนวก เป็นใบ้ หรือจักษุบอดทั้งสองข้าง (ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา ๑๖๗๐)

(๓) เมื่อบุคคลใดนอกจากผู้ทำพินัยกรรม เป็นผู้เขียนข้อความแห่งพินัยกรรม บุคคลนั้นต้องลงลายมือชื่อของตน ทั้งระบุว่าเป็นผู้เขียน ถ้าบุคคลนั้นเป็นพยานด้วย ให้เขียนข้อความระบุว่าตนเป็นพยานไว้ต่อท้ายลายมือชื่อของตนเช่นเดียวกับพยานอื่น ๆ (ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา ๑๖๗๑)

(๔) ผู้เขียนและพยานในพินัยกรรม จะเป็นผู้รับทรัพย์ตามพินัยกรรมนั้นไม่ได้ และคู่สมรสของผู้เขียนหรือของพยานในพินัยกรรมก็ต้องห้ามเช่นเดียวกัน (ประมวลกฎหมายแพ่งฯ มาตรา ๑๖๕๓)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ออกประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ
ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม

(สำหรับสมาชิกผู้ออกประกันภัย)

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์..... **สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด**
- ชื่อผู้ออกประกันภัย (นาย/นาง/นางสาว)..... เพศ ☐ชาย ☐หญิง
อายุ..... ปี เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.
* สถานภาพ ☐โสด ☐สมรส ☐หย่า ☐หม้าย ชื่อคู่สมรส..... อาชีพคู่สมรส.....
เอกสารที่ใช้แสดง ☐บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่..... วันหมดอายุ.....
☐หนังสือเดินทาง เลขที่..... วันหมดอายุ.....
☐อื่นๆ.....
- เป็นพนักงาน/สมาชิก ตั้งแต่วันที่..... - เดือน..... - พ.ศ. ตำแหน่งและลักษณะงานปัจจุบัน **สมาชิก**
- ที่อยู่และที่อยู่ปัจจุบัน
ก. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
ข. ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
ค. สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน
- ผู้รับผลประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับผลประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆกัน)

ชื่อและนามสกุล ผู้รับประโยชน์	ความสัมพันธ์	อายุ	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือ เดินทาง/เอกสารที่หน่วยงาน ของรัฐออกให้	ที่อยู่	ร้อยละของ ผลประโยชน์
สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด					

- กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐หน้าโรคต่อไปนี้ เฉพาะที่ท่านเคยเป็นหรือทราบว่าท่านเป็น หรือเคยได้รับคำแนะนำ และ/หรือ
ได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่ (ถ้าไม่เคยไม่ต้องตอบข้อนี้)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ สายตาสั้น | ☐ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด | ☐ โรคเบาหวาน | ☐ โรคประสาท |
| ☐ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ | ☐ โรคความดันโลหิตสูง | ☐ โรคจิต | ☐ ความผิดปกติทางจิต |
| ☐ โรคต่อมไทรอยด์ | ☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ | ☐ โรคชัก | ☐ โรคตับอ่อนอักเสบ |
| ☐ โรคหัวใจ | ☐ โรคหัวใจ | ☐ โรคไต | ☐ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี |
| ☐ โรคหอบหืด | ☐ โรคแผลในทางเดินอาหาร | ☐ เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ | ☐ โรคมะเร็ง |
| ☐ โรคข้ออักเสบ | ☐ โรคเกาต์ | | |

ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียด ความเจ็บป่วย/การรักษา/แพทย์ผู้รักษาและสถานพยาบาลที่รักษา.....

คำถามข้อ 7-12 เป็นคำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมประกันอุบัติเหตุและประกันสุขภาพหรือโรคร้ายแรง

7. ท่านมีหรือเคยมีประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

☒ ไม่มี ☐ มี ดังนี้

(ชื่อบริษัท/ จำนวนเงินเอาประกันภัย/ เงินชดเชยรายวัน/ ขณะนี้สัญญาามีผลบังคับหรือไม่)

8. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่

☒ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

(ชื่อบริษัท/ สาเหตุ/ เมื่อใด)

9. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสอบสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือดหรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆหรือไม่

☒ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

(ตรวจอะไร/ เมื่อใด/ สถานที่ตรวจ/ ผลการตรวจ/ ข้อสังเกตโดยแพทย์)

10. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีได้ระบุไว้ข้างต้น

☒ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

(อาการ/ วันเดือนปีที่รับการรักษา/ สถานพยาบาล/ ผลการรักษา)

11. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☒ ไม่เคย/ ไม่มี ☐ เคย/ มี

หากเคยกรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ ติดเชื้อในหูชั้นกลาง | ☐ กรดไหลย้อน | ☐ นิ้ว | ☐ ถุงน้ำดีอักเสบ |
| ☐ ไข้เลือด | ☐ ริดสีดวงทวาร | ☐ ฟันคุด | ☐ ไช้สอักเสบ |
| ☐ ปวดศีรษะไมเกรน | ☐ ภูมิแพ้ | ☐ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง | ☐ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง |
| ☐ เชื้อราโพรงจมูกเจริญผิดปกติ | ☐ กระดูกสันหลังเคลื่อน | ☐ ข้อเสื่อม | ☐ เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง |
| ☐ ออติสติก | ☐ สมารถสัน | ☐ เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ | |

☐ หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือทับเส้นประสาท

ถ้าเคยโปรดแจ้งรายละเอียดโรค/ วัน เดือน ปี ที่รักษา(ระบุว่าการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์/ การรักษาและอาการปัจจุบัน/ สถานพยาบาลที่รักษา(หากระบุชื่อแพทย์ได้ให้ระบุ))

12. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันกักมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☒ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ

☐ ถือสัญชาติอเมริกัน

☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันกักเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

☒ ไม่เป็น

☐ เป็น

☐ เคยเป็นและสิ้นสุดลงแล้ว

ค. ผู้ขอเอาประกันกักมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☒ ไม่มี

☐ มี

ง. ผู้ขอเอาประกันกักมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

☒ ไม่มี

☐ มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบ ว่า บริษัทสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) อาจมีข้อมูลพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้นี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่าย จากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใด ๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 20 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใด ๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริงบริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือสถานพยาบาลซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันภัยต่อหรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
4. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงิน ได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

☒ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

☐ ไม่มีความประสงค์

เขียนที่..... **สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด**

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา/มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(สำหรับบริษัท)

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่..... ใบรับรองเลขที่.....

จำนวนเงินเอาประกันชีวิต..... จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....

วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ..... วันครบรอบปีกรมธรรม์.....

ประเภทสมาชิก ☐ พนักงาน/สมาชิก ☐ คู่สมรส ☐ อื่นๆ (ระบุ).....



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

SAHA LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

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

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

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

เอกสารประกอบใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม

ชื่อและนามสกุลของผู้ขอเอาประกันภัย.....*

การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย

1. การรับรองสถานะ

ก. ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่



ไม่มี



มี โปรดระบุ



ถือสัญชาติอเมริกัน



เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา



ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่



ไม่เป็น



เป็น



เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่ วันบัตรหมดอายุ

ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่



ไม่มี



มี

ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)



ไม่มี



มี

2. คำรับรอง

(1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านั้น หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์ที่จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่



มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่



ไม่มีความประสงค์

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อยู่ของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [\[www.sahalife.co.th\]](http://www.sahalife.co.th) นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท) รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [\[www.sahalife.co.th\]](http://www.sahalife.co.th) นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]
 - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ).....*

(.....)*

ผู้ขอเอาประกันภัย

คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้อที่ได้ให้ไว้ผ่านทางโทรศัพท์ และ/หรือผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบริษัทได้ทำการบันทึกเสียง และ/หรือบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ไว้เป็นหลักฐานพร้อมพิมพ์ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ลงในใบคำขอเอาประกันชีวิต และได้ส่งสำเนาให้กับท่านไว้เป็นหลักฐาน เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย หากมีข้อความใดไม่ตรงกับความจริง ท่านจะแจ้งให้บริษัททราบ เพื่อทำการแก้ไขให้ถูกต้อง (ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายช่องทางโทรศัพท์ / อิเล็กทรอนิกส์)
4. สำหรับช่องทางโทรศัพท์/อิเล็กทรอนิกส์ ท่านและพยาน มีต้องลงนามในใบคำขอเอาประกันชีวิต (ข้อนี้ใช้กับช่องทางการขายช่องทางโทรศัพท์ / อิเล็กทรอนิกส์)
5. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสอบสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่ **สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด**

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....*

(.....)

(.....)*

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ผู้ขอเอาประกันภัย

รหัสพนักงาน (เจ้าหน้าที่ลูกค้าสัมพันธ์)

(ลงชื่อ).....*

(ลงชื่อ).....

(.....)*

(.....)

พยาน

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/

ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
146/69-74 ถ.สุขุทัย แขวงวชิรพยาบาล
เขตดุสิต กทม. โทร. 0-2241-8111

หนังสือขอเปิดบัญชีเงินฝาก
ประเภทออมทรัพย์ (01)
บัญชีเลขที่ 01-.....

วันที่

เรียน สหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด

ข้าพเจ้า เลขสมาชิก.....

..... อายุ ปี ปัจจุบันสังกัด.....

ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

..... โทรศัพท์

สถานที่ที่สะดวกในการติดต่อกับข้าพเจ้า คือ

.....

หนังสือสำคัญประจำตัว คือ เลขที่

ออกให้โดย เมื่อวันที่หมดอายุ

มีความประสงค์จะขอเปิดบัญชีเงินฝากประเภทออมทรัพย์ โดยมีรายละเอียด

ชื่อบัญชี.....

เงื่อนไขในการถอนเงิน

ข้าพเจ้าได้ทราบและตกลงยินยอมปฏิบัติตามระเบียบเกี่ยวกับการรับเงินฝากของสหกรณ์ออมทรัพย์
วชิรพยาบาล จำกัด และเงื่อนไข ดังนี้

1. การเปิดบัญชีเงินฝากครั้งแรก ผู้ฝากต้องกรอกรายการในคำขอเปิดบัญชีเงินฝาก ระบุเงื่อนไข ข้อตกลง
ในการฝากและให้ตัวอย่างลายมือชื่อไว้กับสหกรณ์
2. การเปลี่ยนลายมือชื่อ ที่อยู่ หรือเงื่อนไข ต้องแจ้งให้สหกรณ์ทราบเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมกับให้ตัวอย่าง
ลายมือชื่อที่อยู่ หรือเงื่อนไข ที่ต้องการเปลี่ยนแปลง
3. การเปิดบัญชีเงินฝาก และการฝากเงินเพิ่มเติมทุกครั้ง ต้องเป็นจำนวนเงินไม่ต่ำกว่าที่ สหกรณ์กำหนด
4. สหกรณ์จะมอบสมุดคู่ฝากหรือใบรับฝากให้ ผู้ฝากจะโอนเปลี่ยนมือ แก่ไข หรือฉีก แผ่นใดแผ่นหนึ่งไม่ได้ และ
ควรเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัย ถ้าชำรุดหรือสูญหาย ต้องรีบแจ้งให้สหกรณ์ทราบ
5. ทุกครั้งที่ฝากหรือถอน ผู้ฝากต้องแสดงหลักฐานต่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจลงนามของสหกรณ์ เพื่อลงรายการ
การฝากหรือถอน แล้วตรวจจำนวนเงินที่นำมาฝากหรือถอน และยอดคงเหลือให้ ถูกต้องตลอดจนลายมือ
ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจรับรองยอดคงเหลือให้ถูกต้องตรงกับลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจตามที่สหกรณ์
ประกาศไว้ ถ้าปรากฏว่าผิดพลาดให้แจ้งสหกรณ์ทราบ และแก้ไขทันที

6. เช็ค ตัวแลกเงิน ใบสั่งจ่าย หรือตราสารอื่นที่เปลี่ยนมือได้ที่นำมาฝากสหกรณ์ สหกรณ์จะรับไว้ เพื่อเรียกเก็บเท่านั้น ผู้ฝากจะถอนเงินจำนวนนี้ได้ต่อเมื่อสหกรณ์เรียกเก็บเรียบร้อยแล้ว ถ้าหากเรียกเก็บเงินไม่ได้ ผู้ฝากต้องมาขอรับคืนไปจัดการเรียกเก็บเอง
7. ยอดเงินคงเหลือในสมุดคู่ฝากหรือใบรับฝาก ยังถือไม่ได้ว่าถูกต้องจนกว่าจะได้ตรวจสอบ ตรงกับบัญชีของสหกรณ์แล้ว
8. ดอกเบี้ยที่ผู้ฝากได้รับไปก่อนแล้ว หากเกินกว่าดอกเบี้ยที่พึงได้รับ ผู้ฝากยินยอมให้สหกรณ์ หักดอกเบี้ยส่วนที่เกินชดใช้จากดอกเบี้ยที่ค้างอยู่ หรือจากต้นเงินฝากจากบัญชีเงินฝากได้
9. เงินฝากเมื่อครบกำหนดระยะเวลาตามข้อตกลง ผู้ฝากยินยอมให้สหกรณ์ถอนต้นเงินฝาก สมทบกับดอกเบี้ยที่พึงได้รับ นำเข้าบัญชีรวมเป็นต้นเงินฝากในครั้งต่อไปได้ เว้นแต่จะให้ เงื่อนไขพิเศษเป็นอย่างอื่น
10. เอกสารหรือหนังสือใดของสหกรณ์ที่ส่งทางไปรษณีย์ธรรมดาไปยังที่อยู่ หรือสถานที่ที่ทำงาน หรือสถานที่ติดต่อได้ ซึ่งระบุไว้ในหนังสือขอเปิดบัญชี ผู้ฝากต้องยินยอมให้ถือว่าสหกรณ์ได้ ส่งให้เรียบร้อยแล้ว
11. เมื่อสหกรณ์ทราบว่า ผู้ฝากถึงแก่กรรมจะจ่ายเงินของผู้ฝากทันที ผู้รับมรดกหรือผู้จัดการมรดก ของผู้ฝาก มีสิทธิที่จะรับเงินฝากคืน โดยนำสมุดคู่ฝากเงินและหลักฐานต่างๆ ที่สหกรณ์ต้องการ มาพิสูจน์จนเป็นที่พอใจแก่สหกรณ์จึงจะจ่ายเงินคืนให้

อนึ่ง ข้าพเจ้าได้รับสำเนาคำขอเปิดบัญชีเงินฝากของสหกรณ์ออมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด ไปจากสหกรณ์แล้ว 1 ฉบับ และถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข ระเบียบและคำเตือนดังกล่าวเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายใด ๆ ขึ้น ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

(ลายมือชื่อ).....

(ชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง).....

(ผู้ขอเปิดบัญชี)

ที่ติดใบถ่ายทอดลายมือชื่อ

ผู้ขอเปิดบัญชี

.....เจ้าหน้าที่

.....ผู้อนุมัติ