



ใบคำขอเอาประกันภัย

แผน. 2

(สมาชิกที่เข้าร่วมโครงการจะต้องจ่ายเบี้ยประกันรายปีเอง)

ถึง สหกรณ์ออมทรัพย์นครราชสีมา จำกัด

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตกลุ่ม ตามแผน.2 ของสหกรณ์ออมทรัพย์นครราชสีมา จำกัด โดยยินดีให้เก็บเบี้ยประกันตามแผน. 2

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... เลขทะเบียนสมาชิก.....
วัน/เดือน/ปีเกิด อายุ ปี ตำแหน่ง..... โรงเรียน/หน่วยงานที่สังกัด
..... อำเภอ จังหวัด สังกัดหน่วย.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

2. เบี้ยประกันภัย/รายปี (ตามสัดส่วนความคุ้มครอง) อัตราเบี้ยประกันภัยเริ่มต้นกรมธรรม์ในแต่ละปีขึ้นอยู่กับอัตราเบี้ยประกันที่สหกรณ์สอบราคาซื้อได้ ซึ่งสหกรณ์จะประกาศให้ทราบต่อไป ทั้งนี้การจ่ายเบี้ยประกันภัยรายปีสหกรณ์จะหัก ณ ที่จ่าย แบ่งเป็น 2 งวด หรือ 3 งวด

3. ชื่อผู้รับผลประโยชน์จากโครงการประกันชีวิตกลุ่ม ตามแผน. 2

1. ความสัมพันธ์.....
2. ความสัมพันธ์.....
3. ความสัมพันธ์.....
4. ความสัมพันธ์.....
5. ความสัมพันธ์.....

4. ข้าพเจ้าตกลงและเข้าใจว่า กรมธรรม์ที่ออกตามใบคำขอเอาประกันภัยนี้ทางสหกรณ์ออมทรัพย์นครราชสีมา จำกัด ร่วมกับบริษัทประกันชีวิตหนึ่งบริษัทใดที่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์นครราชสีมา จำกัด จะทำการต่ออายุกรมธรรม์ให้โดยอัตโนมัติ โดยไม่มีการออกเอกสารใหม่ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามเงื่อนไขกรมธรรม์จนกว่าจะมีการบอกเลิกเป็นลายลักษณ์อักษร โดยฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งและคำตอบต่างๆ ที่ให้ไว้ข้างบนนี้เป็นความจริงและถูกต้อง ซึ่งจะถือเป็นพื้นฐานแห่งสัญญาประกันภัยที่ทำขึ้น

ในกรณีที่สมาชิกผู้เอาประกันชีวิตกลุ่ม ตามแผน. 2 มีภาระหนี้สินกับทางสหกรณ์สมาชิกยินยอมให้สหกรณ์เป็นผู้รับผลประโยชน์ดังกล่าวข้างต้น

ค่าเดือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์ ผู้เอาประกันภัยต้องตอบคำถามตรงกับความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันภัย ปฏิเสธการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

(.....)

วันที่ เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวพร้อมใบคำขอเอาประกันภัย



หนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์

เขียนที่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูนครราชสีมา จำกัด

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์
ครูนครราชสีมา จำกัด เลขทะเบียนสมาชิกที่.....วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน.....ตำแหน่ง.....
โรงเรียน/หน่วยงานที่สังกัด.....อำเภอ.....
จังหวัด.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์(บ้าน)..... โทรศัพท์(มือถือ).....

ขอแสดงความจำนงค์ตบคคลดังต่อไปนี้ เป็นผู้รับโอนประโยชน์ในเงินค่าหุ้น เงินฝาก เงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน
เงินสวัสดิการสมาชิกถึงแก่กรรม หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากสหกรณ์ เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม

1. ความสัมพันธ์.....
2. ความสัมพันธ์.....
3. ความสัมพันธ์.....
4. ความสัมพันธ์.....
5. ความสัมพันธ์.....

ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่กรรมและมีหนี้สินไม่อยู่ในฐานะใดอยู่กับสหกรณ์ ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์
หักเงินดังกล่าวข้างต้นชำระหนี้ต่อสหกรณ์ก่อน ส่วนที่เหลือจึงจ่ายให้กับผู้รับโอนประโยชน์

ลงชื่อ.....ผู้แสดงความจำนงค์
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

หมายเหตุ 1. พยานต้องไม่ใช่ผู้รับโอนประโยชน์

2. ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาบัตรประจำตัว จำนวน 1 ชุด

**** เพื่อประโยชน์ของท่านกรุณากรอกข้อความให้ถูกต้องและครบถ้วน ****



แบบสำรวจข้อมูลสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูนครราชสีมา จำกัด

เขียนที่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... เลขทะเบียนสมาชิกที่.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน

□-□□□□-□□□□□-□□-□ ตำแหน่ง.....โรงเรียน/หน่วยงาน

ที่สังกัด.....อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

(หากท่านเปลี่ยนแปลงหมายเลขโทรศัพท์มือถือใหม่กรุณาแจ้งให้สหกรณ์ฯทราบด้วย)

บัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา หมายเลขบัญชีเลขที่

□□□-□-□□□□□□-□ และอื่น ๆ.....

ข้อเสนอแนะ

หมายเหตุ ** เพื่อประโยชน์ของท่านกรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วน และโปรดส่งกลับ
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูนครราชสีมา จำกัด ด้วย **



แบบสำรวจข้อมูลสมาชิก
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูนราธิวาส จำกัด

เขียนที่
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... เลขทะเบียนสมาชิกที่.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน□-
□□□□-□□□□□□-□□-□ ตำแหน่ง.....โรงเรียน/หน่วยงานที่
สังกัด.....อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....
(หากท่านเปลี่ยนแปลงหมายเลขโทรศัพท์มือถือใหม่กรุณาแจ้งให้สหกรณ์ฯทราบด้วย)
บัญชีเงินฝากธนาคาร..... สาขา หมายเลขบัญชีเลขที่
□□□-□-□□□□□□-□ และอื่น ๆ.....
.....
ข้อเสนอแนะ

หมายเหตุ ** เพื่อประโยชน์ของท่านกรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วน และโปรดส่งกลับ
สหกรณ์ออมทรัพย์ครูนราธิวาส จำกัด ด้วย **

หนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์