

วันที่ _____

เรื่อง ขอแจ้งรายละเอียดการออกเช็ค

เรียน ผู้จัดการ

ตามที่ข้าพเจ้า

ได้ขอกู้พิเศษกับสหกรณ์ฯ และได้รับการอนุมัติแล้วนั้น

ข้าพเจ้าขอแจ้งให้สหกรณ์ฯ จ่ายเงินตามรายละเอียดดังนี้

1. ออกเช็คสหกรณ์ฯ จำนวน _____ ฉบับ

- ใบที่ 1 สั่งจ่าย _____

เป็นจำนวนเงิน _____ บาท

- ใบที่ 2 สั่งจ่าย _____

เป็นจำนวนเงิน _____ บาท

2. แลกแคชเชียร์เช็ค จำนวน _____ ฉบับ

- ใบที่ 1 สั่งจ่าย ธนาคารกรุงไทย สาขาไทยเบฟ ควอเตอร์ เพื่อแลก

แคชเชียร์เช็ค สั่งจ่าย _____

เป็นจำนวนเงิน _____ บาท

- ใบที่ 2 สั่งจ่าย ธนาคารกรุงไทย สาขาไทยเบฟ ควอเตอร์ เพื่อแลก

แคชเชียร์เช็ค สั่งจ่าย _____

เป็นจำนวนเงิน _____ บาท

3. แลกดราฟ (กรณีต่างจังหวัด) จำนวน _____ ฉบับ

- ใบที่ 1 สั่งจ่าย ธนาคารกรุงไทย สาขาไทยเบฟ ควอเตอร์ เพื่อแลก

ดราฟ สั่งจ่าย _____

เป็นจำนวนเงิน _____ บาท

- ใบที่ 2 สั่งจ่าย ธนาคารกรุงไทย สาขาไทยเบฟ ควอเตอร์ เพื่อแลก

ดราฟ สั่งจ่าย _____

เป็นจำนวนเงิน _____ บาท

4. โอนเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ เลขที่ _____

เป็นจำนวนเงิน _____ บาท

5. โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย เลขที่ _____

เป็นจำนวนเงิน _____ บาท

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการ

ลงชื่อ _____

(_____)

สหกรณ์ออมทรัพย์บริษัทวิทยุการบินแห่งประเทศไทย จำกัด

วันที่.....

เรื่อง ประกันชีวิต

ชื่อ.....สกุล.....ทะเบียนเลขที่.....

สมาชิกกู้เงินเป็นจำนวน.....บาท ต้องทำประกันเพิ่มเป็นจำนวนเงิน.....บาท

ประกันชีวิตกลุ่ม (บริษัทวิทยุประกันชีวิต จำกัด)	ประกันสินเชื่อ (บริษัทวิทยุประกันชีวิต จำกัด)
1.วงเงินเดิม.....บาท	1.วงเงินเดิม.....บาท
2.ความคุ้มครอง/สินไหมทดแทน	2.ความคุ้มครอง/สินไหมทดแทน
คุ้มครองการเสียชีวิต 1 เท่าของทุนประกัน	คุ้มครองการเสียชีวิตทุกกรณีได้ 1 เท่าของทุนประกัน
คุ้มครองการเสียชีวิตอุบัติเหตุ 2 เท่าของทุนประกัน	คุ้มครอง กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร ตามสัดส่วนระบุไม่เกิน 1 เท่าของทุนประกัน
คุ้มครองการเสียชีวิตอุบัติเหตุ 3 เท่าของทุนประกันจากภัยสาธารณะ	
3.การตรวจสุขภาพ	3.การตรวจสุขภาพ
วงเงินที่ทำเกิน 5,000,000 บาท ต้องตรวจสุขภาพ	ไม่ต้องตรวจสุขภาพ
4.ผู้กู้อายุ 70 ปี ทำประกันชีวิตได้สูงสุดไม่เกิน 7,000,000 บาท	4.ผู้กู้ต้องมีอายุระหว่าง 20 ปี ณ วันที่สมัครขอเอาประกัน แต่ไม่เกิน 70 ปีบริบูรณ์ ทำประกันได้สูงสุดไม่เกิน 5,000,000 บาท
5.สมาชิกอายุเกิน 70 ปี แต่ไม่เกิน 80 ปี ทุนประกัน 500,000 บาท	5.คุ้มครองถึงอายุ 70 ปีบริบูรณ์
6.ค่าเบี้ยประกัน 4.36 บาท ต่อทุนประกัน 1,000 บาท	6.ค่าเบี้ยประกัน 3.30 บาท ต่อทุนประกัน 1,000 บาท
เช่น ทุนประกัน 2,000,000 * 4.36/1,000 = 8,720 บาท ต่อปี	เช่น ทุนประกัน 2,000,000 * 3.30/1,000 = 6,600 บาทต่อปี
7.วงเงินทำประกันเพิ่ม.....บาท	7.วงเงินทำประกันเพิ่ม .....บาท

(นางสาวปัทมาพร รัตนสุวรรณ)

ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายอำนวยการ

ผู้ตรวจสอบข้อมูล

ลงชื่อ.....

(.....)

สมาชิกเลขที่.....

ผู้เอาประกัน

ส่วนเจ้าหน้าที่				
หนี้เงินกู้สามัญ	.....	ทุนประกัน	เดิม	ต้องทำเพิ่ม
หนี้เงินกู้พิเศษบ้าน/รถยนต์	.....	วิทยุประกันชีวิต (กลุ่ม)	.....	.....
หนี้เงินกู้อื่นๆ (ที่ต้องทำประกัน)	.....	วิทยุประกันชีวิต(สินเชื่อ)	.....	.....
รวมเป็นจำนวนเงิน	.....	หมายเหตุ.....		

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริม การประกอบธุรกิจประกันภัย(คปภ.) ผู้เอาประกันชีวิตต้องตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อหากปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Warning from Insurance Commission. The applicant for life insurance shall answer questions in the questionnaire from truly , covering every clause. Any cover up of facts may result in the insurance company refusing to pay compensation in accordance with the life Assurance Agreement under section 865 of Civil and Commercial Code.



ประกันชีวิตกลุ่ม

ทิพยประกันชีวิต

DHIPAYA LIFE ASSURANCE

เลขที่ใบสมัคร
(Application No.)

ใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม
Application For Group Life Insurance

- กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ (Policy No.)-L.,- H
- ใบรับรองเลขที่ (Certificate No.)

1. ชื่อผู้ทรงกรมธรรม์ (Policy holder) สหกรณ์ออมทรัพย์บริษัทวิทยุการบินแห่งประเทศไทย จำกัด

2. ชื่อสมาชิก (Insurance Person) (...) นาย /Mr. (...) นาง/ Mrs. (...) นางสาว/ Miss.....
อายุ (Age) ปี (Years) วัน, เดือน, ปี เกิด (Date of Birth) ที่อยู่ (Address).....
อาชีพ(Occupation)..... ตำแหน่ง (Position)

3. บัตรประจำตัว (ID. Card) (...) ประชาชน(Nation ID Card) (...) ข้าราชการ (Government ID Card) (...) อื่น ๆ
(Other Card) เลขที่ (No.)

ชื่อผู้รับประโยชน์ (Name of Beneficiary)	ความสัมพันธ์ (Relation)	ส่วนแบ่ง (Chare) (%)
4.1 สหกรณ์ออมทรัพย์บริษัทวิทยุการบินแห่งประเทศไทย จำกัด	เจ้าหน้าที่	.....
4.2 .....	.....	.....
4.3 .....	.....	.....

5. ให้ผู้สมัครสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่มกรอกข้อความต่อไปนี้ (Please give details as follows)

(ก) ส่วนสูง (height) ซม.(c.m.) น้ำหนัก (weight) กิโลกรัม (Kg.)

(ข) ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บ หรือ เจ็บป่วย หรือเคยรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือไม่ ?
(Over the past 5 years have you ever been injured, sick, and taking advice from doctor ?)
(...) เคย (Yes) (...) ไม่เคย (No)

(ค) ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือใบคำขอต่ออายุ กรมธรรม์ประกันชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัยปฏิเสธหรือ เลื่อนการพิจารณา หรือต้องเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันภัยหรือไม่ ?
(Have you ever been refused, deferred for acception, Insurance premium increased of face any changes in Policy condition from this company of from any other company or not ?)
(...) เคย (Yes) (...) ไม่เคย (No)

ประกันชีวิตกลุ่ม

(ง) ท่านเคยเป็นโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต วัณโรค โรคพิษสุราเรื้อรังหรือติดยาเสพติดให้โทษบ้าง หรือไม่ ? (Have you ever been heart disease, Cancer, Blood pressure, Tuberculosis, and having other habit-forming drugs or not ?)

(...) เคย (Yes)

(...) ไม่เคย (No)

*** ถ้าตอบ ข้อ ข. ถึง ข้อ ง. ข้อใดข้อหนึ่งว่า “ เคย ” โปรดให้รายละเอียดข้างท่านนี้ พร้อมระบุชื่อแพทย์ และสถานพยาบาลที่รักษา (In case the answers “ Yes ” , Please give detail including name and all doctors that have given treatment)

.....
.....
.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดสมบูรณ์ และเป็นความจริง และถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิตกลุ่ม นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์สถานพยาบาล ซึ่งมีบันทึกประวัติ หรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าเปิดเผยให้ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด ทราบทั้งหมดเกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาลโดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ทั้งสิ้นและให้ถือสำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ (I would certify the above sentence is absolutely perfect and truefulness, Please take the above information as part of Group Life Insurance Contract. Besides I accept and consent to doctor in the contracted hospital who has our personal health record has right to declare all information about personal disease and treatment without any conditions. Do take this copy contract as perfectly as original copy.)

ทำที่ (Written at)

ลงชื่อ (Signed) ผู้สมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

(.....)

วันที่ / / (D/M/Y)

สำหรับ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (For Dhipaya Life Insurance Co.,Ltd.)

ผลการตรวจสอบและพิจารณา (Result of check and consideration)

.....
.....
.....

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริม การประกอบธุรกิจประกันภัย(คปภ.) ผู้เอาประกันชีวิตต้องตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อหากปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Warning from Insurance Commission. The applicant for life insurance shall answer questions in the questionnaire from truly , covering every clause. Any cover up of facts may result in the insurance company refusing to pay compensation in accordance with the life Assurance Agreement under section 865 of Civil and Commercial Code.



ประกันชีวิต

ทิพยประกันชีวิต

DHIPAYA LIFE ASSURANCE

เลขที่ใบสมัคร
(Application No.)

ใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม
Application For Group Life Insurance

- กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ (Policy No.)-L,- H
- ใบรับรองเลขที่ (Certificate No.)

1. ชื่อผู้ทรงกรมธรรม์ (Policy holder) สหกรณ์ออมทรัพย์บริษัทวิทยุการบินแห่งประเทศไทย จำกัด.....
2. ชื่อสมาชิก (Insurance Person) (...) นาย/Mr. (...) นาง/Mrs. (...) นางสาว/ Miss.....
อายุ (Age) ปี (Years) วัน, เดือน, ปี เกิด (Date of Birth) ที่อยู่ (Address).....
อาชีพ(Occupation)..... ตำแหน่ง (Position)
3. บัตรประจำตัว (ID. Card) (...) ประชาชน (Nation ID Card) (...) ข้าราชการ (Government ID Card) (...) อื่น ๆ (Other Card) เลขที่ (No.)
4. ชื่อผู้รับประโยชน์ (Name of Beneficiary) ความสัมพันธ์ (Relation) ส่วนแบ่ง (Chare) (%)
4.1 สหกรณ์ออมทรัพย์บริษัทวิทยุการบินแห่งประเทศไทย จำกัด เจ้าหนี้
4.2
4.3
5. ให้ผู้สมัครสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่มกรอกข้อความต่อไปนี้ (Please give details as follows)
(ก) ส่วนสูง (height) ซม.(c.m.) น้ำหนัก (weight) กิโลกรัม (Kg.)
(ข) ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บ หรือ เจ็บป่วย หรือเคยรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือไม่ ?
(Over the past 5 years have you ever been injured, sick, and taking advice from doctor ?)
(...) เคย (Yes) (...) ไม่เคย (No)
(ค) ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือใบคำขอต่ออายุ กรมธรรม์ประกันชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัยปฏิเสธหรือ เลื่อนการพิจารณา หรือต้องเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันภัยหรือไม่ ?
(Have you ever been refused, deferred for acception, Insurance premium increased of face any changes in Policy condition from this company of from any other company or not ?)
(...) เคย (Yes) (...) ไม่เคย (No)

ประกันสินเชื่อ

(ง) ท่านเคยเป็นโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต วัณโรค โรคพิษสุราเรื้อรังหรือติดยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่ ? (Have you ever been heart disease, Cancer, Blood pressure, Tuberculosis, and having other habit-forming drugs or not ?)

(...) เคย (Yes)

(...) ไม่เคย (No)

*** ถ้าตอบ ข้อ ข. ถึง ข้อ ง. ข้อใดข้อหนึ่งว่า “ เคย ” โปรดให้รายละเอียดข้างท่านนี้ พร้อมระบุชื่อแพทย์ และสถานพยาบาลที่รักษา (In case the answers “ Yes ” , Please give detail including name and all doctors that have given treatment)

.....
.....
.....
.....
.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดสมบูรณ์ และเป็นความจริง และถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิตกลุ่ม นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์สถานพยาบาล ซึ่งมีบันทึกประวัติ หรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าเปิดเผยให้ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด ทราบทั้งหมดเกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาลโดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ทั้งสิ้นและให้ถือสำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ (I would certify the above sentence is absolutely perfect and truefulness, Please take the above information as part of Group Life Insurance Contract. Besides I accept and consent to doctor in the contracted hospital who has our personal health record has right to declare all information about personal disease and treatment without any conditions. Do take this copy contract as perfectly as original copy.)

ทำที่ (Written at)

ลงชื่อ (Signed) ผู้สมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

(.....)

วันที่ / / (D/M/Y)

สำหรับ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (For Dhipaya Life Insurance Co.,Ltd.)

ผลการตรวจสอบและพิจารณา (Result of check and consideration)

.....
.....
.....

ข้อมูลลูกค้า (Customer Information)

ผู้ขอเอาประกันภัย (Insured Name) นาย/นาง/น.ส. (Mr./Mrs./Miss) นามสกุล (Last Name)

เพศ (Gender) ชาย (Male) หญิง (Female) อายุ (Age) ปี (yr) วัน/เดือน/ปี (ค.ศ.) (Birth date : dd/mm/yyyy)...../...../.....

เอกสารอ้างอิง บัตรประชาชน (Citizen ID Card) หนังสือเดินทาง (Passport) บัตรประจำตัวคนต่างด้าว (Alien ID Card)

เลขที่ (Ref.No) ออกให้โดย (Issued by) สัญชาติ (Nationality) อาชีพ (Occupation).....

สถานที่ตั้งหรือเก็บทรัพย์สินที่เอาประกันภัย (Situation of Risk)

เลขที่ประจำบ้านในทะเบียนบ้าน (Household ID) - -

พิกัด (GPS) ละติจูด (Latitude) .°N ลองติจูด (Longitude) .°E

เลขที่ (Address No.)..... หมู่บ้าน/อาคาร (Village/Building)..... ชั้น (Floor)..... ห้อง (Room No.).....

ซอย (Soi/Lane)..... ถนน (Rd.)..... แขวง/ตำบล (Locality)..... เขต/อำเภอ (District).....

จังหวัด (Province)..... รหัสไปรษณีย์ (Postcode)..... โทรศัพท์ (tel)..... โทรสาร (Fax).....

ที่อยู่ปัจจุบันสำหรับการติดต่อ/ส่งเอกสาร (Mailing address) [] กรณีเป็นที่อยู่เดียวกับสถานที่เอาประกันภัย (In case, it same situation of risk)

เลขที่ (Address No.)..... หมู่บ้าน/อาคาร (Village/Building)..... ชั้น (Floor)..... ห้อง (Room No.).....

ซอย (Soi/Lane)..... ถนน (Rd.)..... แขวง/ตำบล (Locality)..... เขต/อำเภอ (District).....

จังหวัด (Province)..... รหัสไปรษณีย์ (Postcode)..... โทรศัพท์ (tel)..... โทรสาร (Fax).....

ทรัพย์สินที่เอาประกันภัย (Property insured)

- | | | |
|--|----------------------------------|------------|
| 1. สิ่งปลูกสร้าง (ไม่รวมฐานราก) (Building excluding foundation) | ทุนประกันภัย (Sum insured) | บาท (Baht) |
| 2. เฟอร์นิเจอร์, เครื่องตกแต่งติดตั้งติดตั้งรวมเครื่องใช้ไฟฟ้า (Furniture fixture fitting) | ทุนประกันภัย (Sum insured) | บาท (Baht) |

ทุนประกันภัยรวม (Total Sum Insured) บาท (Baht)

ความคุ้มครองหลักอัคคีภัยและ ภัยธรรมชาติพื้นฐาน รวม 4 ภัย (ลมพายุ, น้ำท่วม, แผ่นดินไหว, ลูกเห็บ) ทุนประกันภัย (Sum insured) 20,000 บาท (Baht)

เบี้ยประกันภัย (Premium)..... บาท (Baht) ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary name).....

ระยะเวลา ปี วันเริ่มความคุ้มครอง (Effective date)/...../..... วันสิ้นสุด (Expiry date)/...../.....

ข้อมูลการทำประกันภัย (Insurance information)

- ขณะนี้ บ้านและทรัพย์สินภายในบ้านได้มีประกันอัคคีภัยหรือประกันภัยอื่นหรือไม่ (Is your property currently insured?)
 - ไม่มี (No) มี โปรดระบุ(Yes, please give us the details)
 - สถานะเป็น (Status) เจ้าของ (Own) ผู้เช่า (Rent)
 - ลักษณะบ้าน (Dwelling type)
 - บ้านเดี่ยว (Detached house) บ้านแฝด (Semi-detached house) คอนโดมีเนียม /ห้องชุด (Condominium)
 - อพาร์ตเมนต์ /แฟลต (Apartment / Flat) ทาวน์เฮาส์ (Townhouse) ตึกแถว จำนวนตึก (Rolled house)
 - ลักษณะโครงสร้างบ้าน (Dwelling structure)
 - คอนกรีตล้วน (Total concrete) ครึ่งตึกครึ่งไม้ (Concrete with wood)
 - พื้นที่ใช้สอย (Area).....ต.ร.ม. (m²) ขนาด กว้าง(Width/m.)..... เมตร ยาว(Length/m)..... เมตร จำนวนชั้น (No. of flr.)
- | | | | | |
|------------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ฝาผนัง | <input type="checkbox"/> คอนกรีต | <input type="checkbox"/> ก่ออิฐถือปูน | <input type="checkbox"/> ก่ออิฐ/ไม้ | <input type="checkbox"/> ไม้ |
| พื้นชั้นบน | <input type="checkbox"/> คอนกรีต | <input type="checkbox"/> ไม้ | | |
| โครงหลังคา | <input type="checkbox"/> เหล็ก | <input type="checkbox"/> ไม้ | | |
| หลังคา | <input type="checkbox"/> คอนกรีต | <input type="checkbox"/> กระเบื้อง | <input type="checkbox"/> สังกะสี | <input type="checkbox"/> อื่นๆ |

เอกสารที่ใช้ในการทำประกันภัย

1. ใบคำขอเอาประกันภัย 2. สำเนาทะเบียนบ้านของสถานที่เอาประกันภัย 3. สำเนาบัตรประชาชน

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย/Applicant's Signature

(.....)

วันที่(Date)...../...../.....