

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. แลกเช็คซีอาร์ซี จำนวน _____ ฉบับ

- ใบที่ 1 สั่งจ่าย ธนาคารกรุงไทย สาขาไทยเบฟ ควอเตอร์ เพื่อแลก

เช็คซีอาร์ซี สั่งจ่าย _____

เป็นจำนวนเงิน _____ บาท

- ใบที่ 2 สั่งจ่าย ธนาคารกรุงไทย สาขาไทยเบฟ ควอเตอร์ เพื่อแลก

เช็คซีอาร์ซี 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

จึงเรียนมาเพื่อทราบและ โปรดดำเนินการ

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 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.



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 acceptance, 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 โรคพิษสุรา เรื้อรังหรือติดยาเสพติดให้โทษบ้าง 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.



ประกันสินเชื่อ

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 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)

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



คำขอที่.....
รับวันที่.....
ผู้รับ.....

กรมการขนส่งทางบก
แบบคำขอโอนและรับโอน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายทะเบียน

ข้าพเจ้าผู้โอนชื่อ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

ข้าพเจ้าผู้รับโอนชื่อ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....

ขอแจ้งต่อนายทะเบียนว่า ผู้โอนได้โอนรถคันเลขทะเบียน.....จังหวัด.....
ชนิดรถ.....เลขตัวรถ.....ชนิดเครื่องยนต์.....
เลขเครื่องยนต์.....ให้แก่ผู้รับโอนแล้ว
โดยซื้อขายในราคา.....บาท (.....)

พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานประกอบคำขอ ดังนี้

1.
2.
3.
4.
5.
6.

ลงชื่อ.....ผู้โอน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับโอน
(.....)

ขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อของผู้โอนจริง

ลงชื่อ.....ผู้รับโอน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

เฉพาะเจ้าหน้าที่
 บันทึกการติดต่อขอสมัคร



ได้ตรวจสอบประวัติคนเลขทะเบียน.....จังหวัด.....แล้ว ปรากฏว่ามี
 เลขตัวรถ เลขเครื่องยนต์ และสีรถ ถูกต้อง.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

(.....)

.....

<p>1. ตรวจสอบหลักฐานแล้ว ถูกต้อง</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่...../...../.....</p>	<p>3. ได้รับเงินและออกไปเสร็จรับเงินแล้ว</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่...../...../.....</p>						
<p>2. คำนวณค่าธรรมเนียมแล้ว ดังนี้</p> <table> <tr> <td>ค่าคำขอ</td> <td>5 บาท</td> </tr> <tr> <td>ค่าโอนทะเบียนรถ</td> <td>100 บาท</td> </tr> <tr> <td>รวมเงิน</td> <td>105 บาท</td> </tr> </table> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่...../...../.....</p>	ค่าคำขอ	5 บาท	ค่าโอนทะเบียนรถ	100 บาท	รวมเงิน	105 บาท	<p>4. ตรวจสอบหลักฐานและเรื่องราวทั้งหมดแล้ว ถูกต้อง จึงเสนอนายทะเบียน เพื่อลงนาม ต่อไป</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่...../...../.....</p>
ค่าคำขอ	5 บาท						
ค่าโอนทะเบียนรถ	100 บาท						
รวมเงิน	105 บาท						

5. ลงนามแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่...../...../.....

หนังสือมอบอำนาจ

ปิด
อากร
แสตมป์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....

พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

อายุ.....ปี

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามผูกพัน.....

สำนักงานตั้งอยู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้..... อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....

สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจทำการแทนข้าพเจ้า

1.
2.
3.
4.

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจจริง

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

บัตรประจำตัวมอบอำนาจ

เลขที่.....

วันออกบัตร.....

วันหมดอายุ.....

โปรดดูคำเตือนด้านหลัง

คำเตือน

1. การดำเนินการใด ๆ เกี่ยวกับทะเบียนรถ หากเจ้าของรถไม่สามารถมาดำเนินการด้วยตนเองได้ ต้องมีการมอบอำนาจโดยทำเป็นหนังสือแยกต่างหากจากคำขอทุกครั้ง
2. ผู้มอบอำนาจต้องรับผิดชอบทุกประการ ที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำไปตามที่ระบุในหนังสือมอบอำนาจ
3. ผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจต้องลงลายมือชื่อต่อหน้าพยาน
4. ผู้มอบอำนาจต้องแนบสำเนาภาพถ่ายบัตรประชาชนตัวจริงมาด้วย
5. ผู้รับมอบอำนาจกระทำการด้วยตนเอง จะมอบอำนาจให้ผู้อื่นต่อไปไม่ได้
6. หนังสือมอบอำนาจหากมีรอยขีด ลบ ซีดจางหรือแก้ไข ในสาระสำคัญถือว่าใช้ไม่ได้
7. หนังสือมอบอำนาจต้องปิดอากรแสตมป์ให้ถูกต้อง