



บันทึกข้อความ

เอกสารที่ต้องเตรียม

1. สำเนาบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน

สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุพรรณบุรี จำกัด

ที่..... วันที่

เรื่อง ยินยอมให้หักเงินเบี้ยประกัน

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุพรรณบุรี จำกัด

ข้าพเจ้า.....รหัสสมาชิก.....

โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัดสุพรรณบุรี

มีความประสงค์สมัครประกันชีวิตเพื่อเป็นหลักประกันเงินกู้ที่ทำไว้กับสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุพรรณบุรี จำกัด ข้าพเจ้าประสงค์ทำประกันกับบริษัทประกันชีวิต

☐ บริษัท ชัมชุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

ทุนประกัน.....บาท เบี้ยประกัน.....บาท

☐ บริษัท คัมภีร์โตเกียวมารีนประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

ทุนประกัน.....บาท เบี้ยประกัน.....บาท

งวดถัดไปหักเบี้ยประกันจากเงินปันผล..... / ปี

โดยทุนประกันครั้งแรกข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุพรรณบุรี จำกัด หักชำระจากเงินกู้ประเภท.....ที่ข้าพเจ้าทำสัญญาไว้กับสหกรณ์ฯ ในวงเงินกู้ จำนวน.....บาท และข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ฯ หักชำระเบี้ยประกันไว้ล่วงหน้าในปีถัดไปจากเงินปันผล-เฉลี่ยคืนของสหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุพรรณบุรี จำกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เบอร์ติดต่อ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่อนุมัติเงินกู้

เสนอหักปันผลในปี.....

จนท.ตรวจสอบและรับสัญญา.....วันที่รับ.....

ใบคำขอเอาประกันภัย กรมธรรม์ประกันภัยสินเชื Smile Protection

1. รายละเอียดผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย **สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุพรรณบุรี จำกัด**
ที่อยู่ : เบอร์โทรศัพท์/โทรสาร
☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่
☐ หนังสือจดทะเบียนบริษัท เลขที่

2. รายละเอียดผู้ขอเอาประกันภัย (ผู้กู้)

ชื่อ-นามสกุล นาย/นาง/นางสาว
☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรประจำตัวข้าราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ เลขที่
วัน/เดือน/ปีเกิด น้าหนัก/ส่วนสูง กก./..... ซม. เชื้อชาติ / สัญชาติ/.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ตรอก/ซอย ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
สถานที่ทำงาน : ที่อยู่ โทรศัพท์

3. ชื่อ-ที่อยู่ ผู้รับประโยชน์

2.1 ชื่อสถาบันการเงิน **สหกรณ์ออมทรัพย์ครูสุพรรณบุรี จำกัด** (ตามภาระผูกพัน) ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย :
2.2 2.1 ผู้ให้กู้
2.2

4. จำนวนเงินเอาประกันภัยที่ต้องการ (เท่ากับวงเงินกู้) บาท ระยะเวลาผ่อนชำระเงินกู้ : ปี

5. ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ เวลา น. สิ้นสุดวันที่ เวลา 16.30 น.

6. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือการขอเอาประกันภัยโรคร้ายแรง หรือ ถูกปฏิเสธการต่ออายุ สัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการประกันภัยดังกล่าว ใช่หรือไม่

☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่

7. ในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเวชกรรมด้วยสาเหตุ ของโรค หรือบาดเจ็บร้ายแรงใช่หรือไม่

☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่

8. ท่านเคยได้รับการรักษา หรือเคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ ว่าท่านเป็นโรคถุงลมโป่งพองในปอด วันโรค โรคไตเรื้อรัง หรือไควาย โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคหัวใจ หรือหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็งทุกชนิด โรคตับแข็ง หรือ ดับอักเสบจากเชื้อไวรัส B,C โรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อเชื้อไวรัส HIV หรือโรคร้ายแรงอื่นใดหรือมีโรคประจำตัว ใช่หรือไม่

☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่

9. ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ หรือมีอวัยวะส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่สมประกอบ หรือมีความบกพร่องทางจิต ใช่หรือไม่

☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่

10. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือเคยเข้ารับการรักษากับเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือยาเสพติดให้โทษ ใช่หรือไม่

☐ ใช่ โปรดระบุ ☐ ไม่ใช่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนั้นเป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบและเชื่อ นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือ องค์การอื่นใด ที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพ ร่างกายของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท กลุ่มภัยใดก็ตามที่รับประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

ใบคำขอเอาประกันภัยนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคุ้มครองเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและ ส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย

()

วัน/เดือน/ปีที่ขอเอาประกันภัย.....

☐ การประกันภัยตรง ☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย ☐ นายหน้าประกันวินาศภัยรายนี้ ☐ ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865