



HARBOUR DEPARTMENT SAVING CO-OPERATIVE LTD.

1278 ถนนโยธา เขตสัมพันธวงศ์ กรุงเทพฯ 10100 โทร. 02-6395677

1278 Yotha Road, Samphanthawong Bangkok 10100 Tel. 02-6395677

มติการประชุมคณะกรรมการชุดที่.....

ทะเบียนเป็นสมาชิก

ครั้งที่.....วันที่.....

สหกรณ์ออมทรัพย์กรมเจ้าท่า จำกัด

ติดรูปถ่าย

1 นิ้ว

1 รูป

สมาชิกเลขที่

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน เพศ ชาย หญิง

สัญชาติ.....สถานภาพสมรส โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

สถานที่สะดวกติดต่อเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อเบอร์โทรศัพท์มือถือ

เบอร์โทรศัพท์บ้าน เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน

ได้ทราบและเข้าใจข้อความในข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้วและเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์
จึงขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ และขอให้ถ้อยคำเป็นหลักฐานดังต่อไปนี้

ข้อ1. ข้าพเจ้ามีอายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อ2. ข้าพเจ้าเป็น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ

ในตำแหน่ง.....กอง.....กรมเจ้าท่า เริ่มรับราชการเมื่อ.....

อายุราชการ.....ปี.....เดือน ได้รับเงินได้รายเดือน.....บาท

ข้อ3. ข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อ
สหกรณ์ในอัตราเดือนละ.....บาท (มูลค่าหุ้นละ 10 บาท อัตราขั้นต่ำร้อยละ 3 ของรายได้)

ข้อ4. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกสหกรณ์อื่น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการให้ยืมเงิน

ข้อ 5. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชา หรือเจ้าหน้าที่
จ่ายเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสหกรณ์ โปรดหักจำนวนเงินค่าหุ้นรายเดือนและ
จำนวนเงินงวดชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้าต้องส่งต่อสหกรณ์นั้น จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเมื่อจ่ายเพื่อส่งต่อ
สหกรณ์ด้วย

ข้อ 6. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการตกลงรับให้ข้าพเจ้าเข้าเป็นสมาชิกได้
ข้าพเจ้าจะลงลายมือชื่อในทะเบียนสมาชิก ทั้งชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้าและเงินค่าหุ้นตามข้อบังคับต่อ
สหกรณ์ให้เสร็จภายในวันที่ซึ่งคณะกรรมการดำเนินการจะได้กำหนดการชำระจำนวนเงินดังกล่าวนี้ ข้าพเจ้า
ยินยอมปฏิบัติตามความในข้อ 5 ด้วย

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบและมติของสหกรณ์ทุก
ประการ

ข้อ 8. ข้าพเจ้าขอใช้บัญชีเงินฝากในการทำธุรกรรมกับสหกรณ์ ดังนี้

ธนาคารกรุงไทย จำกัด สาขา.....ชื่อบัญชี.....

เลขที่บัญชี

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด(มหาชน) สาขา.....ชื่อบัญชี.....

เลขที่บัญชี

ข้อ 9. ข้าพเจ้าได้แนบ

- | | |
|-----------------------------------|--------------|
| 1. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว หรือ 2 นิ้ว | จำนวน 1 รูป |
| 2. สำเนาบัตรประชาชน | จำนวน 2 ฉบับ |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้าน | จำนวน 2 ฉบับ |

ลายมือชื่อผู้สมัคร

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

(ตำแหน่งไม่ต่ำกว่าหัวหน้าฝ่าย)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้าและตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนความซึ่ง
ผู้สมัครได้แถลงไว้ในใบสมัครข้างบนนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามที่
กำหนดไว้ในข้อบังคับของสหกรณ์ และสมควรเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ได้

(.....)

ผู้บังคับบัญชาของผู้สมัคร



หนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมเจ้าท่า จำกัด

เขียนที่.....
วันที่.....

ข้าพเจ้า.....สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กรมเจ้าท่า จำกัด
เลขทะเบียนสมาชิก.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
ขอแสดงเจตนาตั้งผู้รับโอนประโยชน์ซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์กรมเจ้าท่า จำกัด
โดยหนังสือนี้ว่า ในกรณีที่ข้าพเจ้าถึงแก่กรรมในระหว่างเป็นสมาชิกสหกรณ์นี้ ข้าพเจ้าประสงค์ให้จ่ายเงินที่
ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะได้รับจากสหกรณ์ออมทรัพย์กรมเจ้าท่า จำกัด ให้แก่บุคคล รวม.....คน ดังมีรายชื่อ
ต่อไปนี้

1.....ให้ได้รับ.....ซึ่งมี
ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง
.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....เกี่ยวข้อง
เป็น.....

2.....ให้ได้รับ.....ซึ่งมี
ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง
.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....เกี่ยวข้อง
เป็น.....

3.....ให้ได้รับ.....ซึ่งมี
ภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง
.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....เกี่ยวข้อง
เป็น.....

(ลงชื่อ).....ผู้ทำหนังสือตั้งผู้รับโอนประโยชน์
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ พยานต้องเป็นผู้บังคับบัญชาของผู้ให้คำยินยอมและหรือสมาชิกสหกรณ์ฯ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดียวกัน



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

G003

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารเอเชียนาเวอวอร์ส 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110 โทร. 0-2261-2300 แฟกซ์ 0-2261-3344 www.ocean.co.th E-mail : info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0-2207-8888

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม (สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัย)
Group Life Insurance Application Form (For Insured Person)

กรมธรรม์เลขที่.....
Policy Number

ใบสำคัญสมาชิกเลขที่.....
Certificate Number

กรอกโดยเจ้าหน้าที่ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
Ocean Life Insurance Public Company Limited to Complete

Group Insurance Benefits Plan
LIFE.....
AD&D.....
ME.....
TPD.....
HEALTH.....
OTHERS.....
Effective Date: [] / [] / []
Remarks:
PIC:

กรณีที่มีการแก้ไข ลบ ชีดฆ่า ผู้ขอเอาประกันชีวิต โปรดลงลายมือชื่อกำกับด้วยปากกาค้ำมเดียวกัน
In case of edit, erasure or strike out, please affix your name with the same pen.

- พนักงาน/สมาชิกองค์กร Employee/Org. Member
คู่สมรส Spouse
บุตร Children
บิดา-มารดา Parents

ชื่อ-นามสกุล สมาชิกผู้เอาประกันภัย (โปรดระบุคำนำหน้าด้วย)..... เพศ ชาย หญิง
Name and Surname of Insured Person (Please Specify Prefix) Gender Male Female

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน [] วันที่บัตรหมดอายุ []
I.D. Number Date of Expiry

วัน เดือน ปี เกิด [] / [] / [] อายุ [] ปี น้ำหนัก [] กก. ส่วนสูง [] ซม.
Date of Birth (dd/mm/yyyy) Age Year Weight kg. Height cm.

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
Permanent Address

ที่อยู่ปัจจุบัน/ที่ติดต่อ.....
Current/Contact Address

โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน..... อีเมล.....
Mobile Phone Home Phone E-Mail Address

สถานภาพ [] โสด [] สมรส [] หม้าย [] หย่าร้าง อาชีพ.....
Marital Status Single Married Widow Divorce Occupation

ชื่อ-นามสกุล คู่สมรส..... อาชีพคู่สมรส.....
Name and Surname of Spouse Spouse's Occupation

สำหรับพนักงาน/สมาชิกองค์กร (For Employee/Org. Member)
ชื่อบริษัท/องค์กร..... วันที่เข้าทำงาน [] / [] / []
Company/Org. Name Date of Entry
รหัสพนักงาน/สมาชิก..... ตำแหน่งงาน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
Employee/Member ID. Position Office Phone

สำหรับคู่สมรส/บุตร/บิดา-มารดา (For Spouse/Children/Parents)
ชื่อ-นามสกุล พนักงาน/สมาชิกหลัก..... รหัสพนักงาน/สมาชิก.....
Name and Surname of Employee/Member Employee/Member ID.

Table with 4 columns: ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์, ความสัมพันธ์, สัดส่วนผลประโยชน์ (%), ที่อยู่. Rows for beneficiary details.

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ และประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของสมาชิกผู้เอาประกันภัย

Questions about the applicant's health and disease or treatment history.

(ก) ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใด ๆ

Do you have a good health, no mental and physical abnormalities and/or disability or no illness caused by AIDS or HIV or any critical illness?

ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....
Yes No (Please give full details)

(ข) ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจ หรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่?

During the last 3 years, Have you consulted any medical advisor, or received any treatment, blood tests, blood pressure, urine, X-ray, heart test or something else?

เคย ไม่เคย (โปรดระบุรายละเอียด).....
Yes No (Please give full details)

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

Statements giving, giving authorization, giving consent

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัย และปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

I confirm that the answers in this application that I have given, including the answers to the authorized medical examiner are true and correct in all respects. I understood well that if I do not provide full disclosure the company may decline the application or deny the benefits payment.

2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

I hereby authorize physicians or other insurers or hospitals that have my past or future health records to disclose all information to Ocean Life Insurance Public Company Limited or its representatives for the purpose of applying for insurance coverage or benefits payment.

3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

I hereby authorize Ocean Life Insurance Public Company Limited to record, use, and disclose the information about my health and my personal information to other insurers or reinsurers or person in authority or health care providers for the purpose of applying for insurance coverage or benefits payment or medical treatments.

4. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

Do you desire to exercise the right regarding income tax exemption under the Tax law?

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

I desire to exercise my right regarding income tax exemption under Tax Law and allow to Ocean Life Insurance Public Company Limited for submit and disclose the information of premium to Revenue Department in accordance with rule and procedure as prescribed by Revenue Department and in case of foreigner (Non -Thai Residence) who is Tax Payer under the Tax law shall identify Tax ID Number which received from Revenue Department No.....

ไม่มีความประสงค์ I do not desire to exercise my right regarding income tax exemption under the Tax Law.

ลงชื่อ (Signed).....

ลงชื่อ (Signed).....

(.....)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดาหรือผู้แทน โดยชอบธรรม
ของสมาชิกผู้เอาประกันภัย (กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
Parent or guardian of the Insured Person (In case the Insured Person is minor)

สมาชิกผู้เอาประกันภัย
Insured Person's Signature

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
Date Month Year

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

REMINDER OF OFFICE OF INSURANCE COMMISSION

Give answers to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under this policy in accordance with