



เลขทะเบียนสมาชิก.....  
วันที่.....  
สมัคร.....

## ใบสมัครสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์ ปตท. จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการดำเนินการ

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....สัญชาติ.....ปัจจุบันอายุ.....ปี  
เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เลขประจำตัวประชาชน.....  
รหัสประจำตัวเลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....  
เข้าทำงานเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ในตำแหน่ง.....  
แผนก.....กอง.....ฝ่าย.....  
ธุรกิจ.....ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง.....  
แผนก.....กอง.....ฝ่าย.....  
ธุรกิจ.....โทรศัพท์.....E-mail Address.....

ได้รับเงินเดือนปัจจุบันนี้เดือนละ.....บาท ข้าพเจ้าได้ทราบข้อความในข้อบังคับของ สหกรณ์ฯ  
โดยตลอดแล้ว และเห็นชอบในวัตถุประสงค์ จึงขอสมัครเป็นสมาชิก โดยส่งเงินค่าหุ้นเดือนละ.....บาท  
(มูลค่าหุ้น ๆ ละ 10 บาท) สำหรับค่าธรรมเนียมแรกเข้า 100 บาท ครั้งต่อไป 500 บาท และ 1,000 บาท  
ตามลำดับ (ข้อบังคับข้อ 33 วรรคท้าย) ให้หักจากเงินได้รายเดือนพร้อมเงินค่าหุ้นที่สหกรณ์ฯ จะส่งหักเป็นครั้งแรก

ข้าพเจ้ายินยอมไว้บริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) หรือสถาบันใด ๆ ซึ่งบริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน)  
ได้ร่วมลงทุน หรือเจ้าหน้าที่จ่ายเงินในหน่วยงานที่ข้าพเจ้าสังกัด หักเงินค่าหุ้นและ/หรือเงินงวดชำระหนี้ จาก  
เงินได้รายเดือน หรือเงินได้อื่นใดของข้าพเจ้า ซึ่งจะพึงมีสิทธิได้รับจากหน่วยงานฯ ได้ตามที่สหกรณ์ฯ ส่งไปหัก  
โดยข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ และมติของสหกรณ์ฯ ทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

- เอกสารประกอบการสมัคร
1. สำเนาบัตรพนักงาน
  2. สำเนาบัตรประชาชน 2 ชุด
  3. สลิปเงินเดือน (เดือนปัจจุบัน)
  4. สำเนาเลขที่บัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย
  5. ใบคำขอเอาประกันกลุ่ม (ถ้าสหกรณ์ฯ เป็นผู้รับผิดชอบค่าจ้าง)

# หนังสือยินยอม

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ยินยอมให้.....

สมาชิกทะเบียนเลขที่.....ซึ่งเป็นสามี/ภรรยา ของข้าพเจ้า ทำนิติกรรมใดๆ อันเป็นการจัดการ  
สินสมรสของข้าพเจ้าและคู่สมรส กับสหกรณ์ออมทรัพย์ ปตท. จำกัด ทั้งที่ได้ทำไว้แล้ว และ/หรือที่จะทำขึ้นในวัน  
หนึ่งวันใดในภายหน้าได้ตลอดไป จนกว่าข้าพเจ้าจะบอกเลิกเป็นหนังสือต่อสหกรณ์ฯ เป็นการล่วงหน้าอย่างน้อย 1  
เดือน .

(ลงชื่อ).....สามี/ภรรยา

(.....)ผู้ให้ความยินยอม

(ลงชื่อ).....พยาน (ลงชื่อ).....พยาน

(.....) (.....)

## ทะเบียนสมาชิก

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

สัญชาติ.....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....เป็นสมาชิกโดยลงลายมือชื่อชำระค่าธรรมเนียม  
แรกเข้าและเงินค่าหุ้นครั้งแรก ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้ายินยอมผูกพันตนในอันที่จะต้องปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ และมติของสหกรณ์ฯ ทุก  
ประการ จึงได้ลงลายมือชื่อให้ไว้เป็นสำคัญ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....สมาชิก

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน (ลงชื่อ).....พยาน

(.....) (.....)

วันเดือนปี	เงินได้ต่อเดือน	ค่าหุ้น	ครั้ง 1	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่	หมายเหตุ



## หนังสือแต่งตั้งผู้รับโอนประโยชน์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... พนักงาน บริษัท ปตท.จำกัด (มหาชน) และหรือพนักงานหน่วยงานสังกัดที่ บริษัท ปตท. จำกัด (มหาชน) ได้ร่วมลงทุน ตามข้อบังคับข้อ 31(3)ข เลขทะเบียนสมาชิก.....ขอแต่งตั้งบุคคลผู้มีนามต่อไปนี้เป็นผู้รับโอนประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจาก สหกรณ์ออมทรัพย์ ปตท. จำกัด ซึ่งข้าพเจ้าเป็นสมาชิกอยู่ เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรมตามส่วนที่ระบุไว้ ดังต่อไปนี้

1. ชื่อ.....นามสกุล.....วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี  
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส.....  
เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....อัตราส่วน.....
2. ชื่อ.....นามสกุล.....วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี  
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส.....  
เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....อัตราส่วน.....
3. ชื่อ.....นามสกุล.....วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี  
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส.....  
เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....อัตราส่วน.....
4. ชื่อ.....นามสกุล.....วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี  
ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัส.....  
เกี่ยวข้องเป็น.....โทรศัพท์.....อัตราส่วน.....

อนึ่ง ในกรณีที่ข้าพเจ้าเสียชีวิตและยังคงมีหนี้ค้างอยู่กับ สหกรณ์ออมทรัพย์ ปตท. จำกัด ข้าพเจ้ายินยอมให้ สหกรณ์หักชำระหนี้พร้อมดอกเบี้ยตามระเบียบของสหกรณ์จนครบจำนวนก่อน แล้วจึงให้นำส่วนแบ่งผลประโยชน์ ของข้าพเจ้านั้นจัดสรรให้แก่ผู้รับโอนประโยชน์ต่อไป และข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานเรียบร้อยแล้ว

ลายมือชื่อของสมาชิก.....

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้เอาประกันภัยต้องตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อหากปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Warning from Office of Insurance Commission. The applicant for life insurance shall answer questions in the questionnaire form 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.



**ทิพยประกันชีวิต**  
DHIPAYA LIFE ASSURANCE

เลขที่ใบสมัคร.....

(Application No.)

### ใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

(Application For Group Life Insurance)

ทุนประกัน.....

FCL.....

เข้าใหม่  เริ่ม กร.  ระหว่างปี

• กรมธรรม์กลุ่มเลขที่ (Policy No.).....-L,.....-H

• ใบรับรองเลขที่ (Certificate No.).....

1. ชื่อผู้ทรงกรมธรรม์ (Policyholder)..... สหกรณ์ออมทรัพย์ ปตท. จำกัด

2. ชื่อสมาชิก (Insured Person) (...) นาย (Mr.) (...) นาง (Mrs.) (...) นางสาว (Miss).....

อายุ (Age).....ปี (Years) วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth)..... ที่อยู่ (Address).....

.....อาชีพ (Occupation).....ตำแหน่ง (Position).....

3. บัตรประจำตัว (I.D. card) (...) ประชาชน (Nation I.D. card) (...) ข้าราชการ (Government I.D. card) (...) อื่น ๆ (Other Card).....เลขที่ (Card No).....

4. ชื่อผู้รับประโยชน์ (Name of Beneficiary) ความสัมพันธ์ (Relation) ส่วนแบ่ง % (Share)

- สหกรณ์ออมทรัพย์ ปตท. จำกัด

(ไม่ต้องระบุ)

5. ให้ผู้สมัครสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่มกรอกข้อความต่อไปนี้ (Please give details as follows)

ก. ส่วนสูง (Height) .....ซ.ม. (c.m.) น้ำหนัก (Weight).....ก.ก.(k.g.)

ข. ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย หรือเคยรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือไม่

(Over the past 5 years have you ever been injured, sickness, and taking advice from doctor?)

( ) เคย (Yes)

( ) ไม่เคย (No)

ค. ใบคำขอเอาประกันภัย หรือใบคำขอต่ออายุ กรมธรรม์ประกันชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัย ปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณา หรือต้องเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันภัยหรือไม่

(Have you ever been refused, deferred for acceptance, Insurance premium increased of face any changes in policy conditions from this company of from any other company or not?)

( ) เคย (Yes)

( ) ไม่เคย (No)

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

( ) เคย (Yes)

( ) ไม่เคย (No)

**\*\*\*ถ้าตอบข้อ ข. ถึง ง “เคย” โปรดให้รายละเอียดข้างท้ายนี้ พร้อมระบุชื่อแพทย์ และสถานพยาบาลที่รักษา**

**\*\*\*In case the answers from B to D is “ Yes ” , Please give details including name and all doctors that have given treatment**

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดสมบูรณ์ และเป็นความจริง และถือให้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิตกลุ่ม นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์สถานพยาบาล ซึ่งมีบันทึกประวัติ หรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าเปิดเผยให้ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบทั้งหมดเกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาลโดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ทั้งสิ้น และให้ถือสำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ (I would certify the above sentence is absolutely perfect and trustfulness. 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 diseases and treatments without any conditions. Do take this copy contract as perfectly as original copy.)

ทำที่ (Written at)..... สหกรณ์ออมทรัพย์ ปตท. จำกัด

ลงชื่อ(Signed) .....ผู้สมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

( ..... ) (The Applicant of Group Life Insurance)

วัน เดือน ปี (D/M/Y)...../...../.....

สำหรับ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (For DHIPAYA LIFE ASSURANCE PUBLIC CO., LTD.)

ผลการตรวจสอบ และพิจารณา (Result of checking and consideration)

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