



สหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ราชการ จำกัด  
 ใบสมัครโครงการ “ประกันชีวิตกลุ่มสวัสดิการ เพื่อสมาชิกและครอบครัว”  
 สมัครครั้งแรก  ปรับปรุงข้อมูล

**จัดส่งพร้อมเอกสารแนบ**

- สำเนาบัตรประชาชน ของผู้ขอรับความคุ้มครอง**ทุกท่าน**พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- หนังสือให้ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลฯ ของผู้ขอรับความคุ้มครอง**ทุกท่าน**

วันที่ \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ สมาชิกสหกรณ์เลขที่ \_\_\_\_\_  
 พนักงานบริษัท \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ (สามารถติดต่อได้) \_\_\_\_\_

ขอแจ้งรายชื่อผู้ขอรับความคุ้มครองตามโครงการดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเป็นสวัสดิการฯ ที่สหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ราชการ จำกัด มอบให้กับสมาชิก ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

รายชื่อผู้ขอรับความคุ้มครอง (*กรุณาเขียนตัวบรรจง*)	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ทุนประกัน (บาท)	หมายเหตุ
สมาชิก/สมาชิกสมทบ _____	_____	_____	ตามอายุสมาชิกภาพ / ตามประกาศ	
คู่สมรส _____	_____	_____	5,000.-	เฉพาะจดทะเบียนสมรส
บิดา _____	_____	_____	5,000.-	_____
มารดา _____	_____	_____	5,000.-	_____
บุตร _____	_____	_____	5,000.-	_____
_____	_____	_____	5,000.-	_____
_____	_____	_____	5,000.-	_____
_____	_____	_____	5,000.-	_____

**หมายเหตุ**

- โปรดจัดส่งมาพร้อมกับเอกสารแนบ ได้แก่ หนังสือให้ความยินยอมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวเพื่อการทำประกันภัยกลุ่ม และสำเนาบัตรประชาชน หรือ ใบสูติบัตร ตามรายชื่อผู้ขอรับความคุ้มครองทุกท่านพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- การให้ข้อมูลสำหรับบุคคลในครอบครัวเพื่อให้สหกรณ์จัดทำประกันนั้น ให้กรอกเฉพาะบุคคลที่ยังมีชีวิตอยู่ ณ วันที่ให้ข้อมูลเท่านั้น
- สหกรณ์ของสงวนสิทธิ์เปลี่ยนแปลง หรือยกเลิกโครงการโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

**สถานภาพของผู้ขอรับความคุ้มครอง**

- สมาชิก** ต้องเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ราชการ จำกัด
- คู่สมรส** เป็นสามี หรือ ภรรยาของสมาชิก (ต้องจดทะเบียนสมรสโดยถูกต้องตามกฎหมาย)
- บิดาและมารดา** ของสมาชิกตามหลักฐานทางราชการ ซึ่งไม่รวมถึงบิดาหรือมารดาบุญธรรม
- บุตร** ต้องเป็นทายาทตามกฎหมายของสมาชิก ซึ่งไม่รวมถึงบุตรบุญธรรม เริ่มคุ้มครองบุตรที่มีอายุตั้งแต่อายุ 1 เดือนขึ้นไป

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้ให้รายละเอียดของ “ผู้ขอรับความคุ้มครอง” ดังกล่าวข้างต้นถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ และสามารถนำเอกสารทางราชการมาแสดงเพื่อเป็นหลักฐาน เมื่อจะเรียกร้องขอรับผลประโยชน์ตามสิทธิที่จะพึงได้รับ แต่หากข้อมูลดังกล่าวไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้าขอให้ถือว่า การรับความคุ้มครองตามโครงการนี้เป็นอันยกเลิก โดยข้าพเจ้าไม่มีสิทธิรับทุนประกันตามโครงการนี้ ทั้งนี้ หากข้อมูลที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง ข้าพเจ้าจะแจ้งให้สหกรณ์ทราบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลง

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน **x** \_\_\_\_\_ สมาชิกสหกรณ์  
 ( )

**จัดส่งเอกสารได้ที่** ส่วนทะเบียนสมาชิกและเงินฝากสหกรณ์ ราชการ อาคารเพชรบุรี ชั้น G  
 1101 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงมักกะสัน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทร. 0 2253 5900 ต่อ 1201 - 1204

สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์	
ลงชื่อ _____ ผู้บันทึกข้อมูล	ลงชื่อ _____ ผู้ตรวจสอบ
วันที่ _____	วันที่ _____