



หนังสือยินยอมให้หักเงินเบี้ยประกันโครงการประกันอุบัติเหตุและสุขภาพเงินเชื่อปลอดภัย
(สำหรับสมาชิก ช.พ.ค. ผู้กู้ อายุไม่เกิน 65 ปี)

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (ผู้กู้)เลขประจำตัว ช.พ.ค.....

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

สังกัด..... อายุ..... ปี อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

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

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

เป็นผู้ที่ได้รับอนุมัติเงินกู้ตามโครงการสวัสดิการเงินกู้ ช.พ.ค. เป็นจำนวนเงินบาท

(.....) จากธนาคารออมสินสาขา.....

ตามสัญญาเงินกู้วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยข้าพเจ้า

 เคยทำประกันเงินเชื่อเงินกู้ ช.พ.ค. โครงการ 5 จำนวนทุนประกัน.....บาท ชำระเบี้ยประกัน.....บาท ไม่เคยทำประกันเงินเชื่อเงินกู้ ช.พ.ค. โครงการ 5 จำนวนเงินกู้.....บาท เคยทำประกันเงินเชื่อเงินกู้ ช.พ.ค. โครงการ 6 จำนวนทุนประกัน.....บาท ชำระเบี้ยประกัน.....บาท ไม่เคยทำประกันเงินเชื่อเงินกู้ ช.พ.ค. โครงการ 6 จำนวนเงินกู้.....บาท

ข้าพเจ้า ได้รับทราบวัตถุประสงค์ในการหักเงินกู้ เพื่อชำระเงินเบี้ยประกัน โครงการประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ
เงินเชื่อปลอดภัย ตามโครงการสวัสดิการเงินกู้ ช.พ.ค. เป็นอย่างดีแล้ว **สมัครใจ**ให้ธนาคารออมสิน หักเงินที่จะอนุมัติของ
ข้าพเจ้า เป็นจำนวนเงินบาท (.....) เพื่อชำระเบี้ยประกันฯ ต่อไป

จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลายมือชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม (ผู้กู้)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

- หมายเหตุ
1. กรณีเคยกู้เงิน ช.พ.ค. โครงการ 5 หรือ โครงการ 6 และได้ชำระเบี้ยประกันตามวงเงินกู้ไว้แล้ว การกู้ครั้งใหม่ จะต้องชำระเบี้ยประกันตามวงเงินที่เพิ่มขึ้นจากการกู้โครงการฯ เดิม เท่านั้น
 2. ชำระเบี้ยประกันครั้งแรก มีระยะเวลาคุ้มครอง 9 ปี
 3. เมื่อครบระยะเวลาคุ้มครอง 9 ปี สามารถต่ออายุกรมธรรม์ จนถึงอายุตัว 65 ปี
 4. ดำเนินการโดยบริษัทพิพประกันภัย จำกัด (มหาชน)