

ด่วนมาก



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดกระบี่ (กลุ่มงานการเงินฯ) โทร.๐-๗๕๖๑-๑๙๑๐

ที่ กบ ๐๐๒๓.๕/ว ๑๗๑

วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒

เรียน ท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ได้จัดทำโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ โดยความคุ้มครองเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ โดยสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะจัดทำประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ให้สมาชิกในวงเงิน ๑๐๐,๐๐๐.- บาท เว้นแต่สมาชิกมีความประสงค์จะเพิ่มวงเงินหรือประสงค์จะทำประกันให้แก่คู่สมรส บิดา/มารดา และหรือบุตร ซึ่งสมาชิกจะต้องชำระค่าเบี้ยประกันเพิ่มเติมเอง โดยกรอกรายละเอียดลงในใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ และรวบรวมส่งกลับมายังสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ภายในวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๐ รายละเอียดปรากฏตามโครงการประกันชีวิตฯ ที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกสหกรณ์ทราบโดยทั่วกัน

(นายเกษม ทองรอด)

ผู้อำนวยการกลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น รักษาการแทน
ท้องถิ่นจังหวัดกระบี่

ที่ สอ.ปค.(สส.) ว ๖๔๖๖ / ๒๕๖๐



สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ๖๘/๙-๑๑ ถนนราชพิพิธ เขตพระนคร

กทม. ๑๐๒๐๐

๗ สิงหาคม ๒๕๖๐

เรื่อง โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒

เรียน ท้องถิ่นจังหวัด ทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒
จำนวน ๑ ชุด
๒. ใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒
จำนวน ๑ ชุด
๓. ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสหกรณ์ของบริษัท กรุงเทพ- แอช่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
จำนวน ๑ ชุด
๔. แบบฟอร์มการชำระเงิน (Bill Payment) จำนวน ๑ ชุด

สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ได้จัดทำโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ ซึ่งความคุ้มครองตามโครงการดังกล่าว จะสิ้นสุดลงในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ สำหรับโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ได้คัดเลือกบริษัท กรุงเทพ- แอช่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้รับผิดชอบ โดยความคุ้มครองเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

ในการนี้ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด จึงขอความร่วมมือจากท่าน ได้โปรดประชาสัมพันธ์รายละเอียดของโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ ให้สมาชิกทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

๑. สมาชิกที่มีความประสงค์ทำประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ ต้องยื่นใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ ทุกราย เนื่องจากเป็นโครงการต่อเนื่องและเพื่อเป็นหลักฐานยืนยันกับบริษัท หากท่านไม่ส่งใบสมัคร สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด จะถือว่าท่านไม่มีความประสงค์ทำประกันเพิ่มเติมจากที่สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด จ่ายสวัสดิการให้ ยกเว้น สมาชิกมีหนี้เงินกู้สามัญ ต้องทำประกันชีวิตให้ครอบคลุมหนี้เงินกู้สามัญ สำหรับสมาชิกที่กู้เงินสามัญ หรือมีหนี้เงินกู้สามัญคงเหลือ ตั้งแต่ ๕๐๐,๐๐๐ บาท ขึ้นไปต้องทำประกันชีวิต ตามระเบียบสหกรณ์ว่าด้วยการให้เงินกู้แก่สมาชิก โดยสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด จะใช้ข้อมูลหนี้คงเหลือ ณ สิ้นปีนั้น เป็นฐานในการคำนวณค่าเบี้ยประกันชีวิต

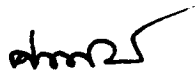
๒. สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ทำประกันชีวิตให้สมาชิก ๑๐๐,๐๐๐ บาท สำหรับสมาชิกที่ปฏิบัติหน้าที่ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส และ ๔ อำเภอในจังหวัดสงขลา ได้แก่ อำเภอจะนะ อำเภอเทพา อำเภอนาทวี และอำเภอสะบ้าย้อย โดยจะได้รับความคุ้มครองเพิ่มอีก ๑ กรมธรรม์ ตามที่สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ กำหนด ตั้งแต่วันที่ระบุให้ย้ายเข้าพื้นที่ตามหนังสือของทางราชการ

๓. สมาชิกต้องชำระค่าเบี้ยประกันเป็นรายปี กรณีสมาชิกมีความประสงค์ขอเพิ่มทุนประกันของตนเอง และ/หรือบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร สำหรับการซื้อประกันวงเงินคุ้มครองได้แต่ไม่เกินวงเงินคุ้มครองของสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด จะหักค่าเบี้ยประกันชีวิตจากเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน ประจำปี ๒๕๖๐ ก่อน ถ้ายังไม่พอหักให้สมาชิกชำระเพิ่มเติมโดยโอนเงินผ่านระบบ Bill Payment เลือกรหัสวัตถุประสงค์ ๐๐๖ ชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต เพื่อเข้าบัญชี สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑ หากไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนด สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด จะตัดสิทธิการขอเพิ่มทุนของสมาชิก และ/หรือบุคคลในครอบครัว

๔. สมาชิกที่ถูกอายัดเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนขอให้สมาชิกชำระค่าเบี้ยประกันตามข้อ ๓. และเมื่อดำเนินการแล้ว โปรดแจ้งรายชื่อสมาชิกและแนบสำเนาใบโอนเงินของธนาคารให้สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ทราบด้วย กำหนดยื่นใบสมัครตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ ถึงวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ ดูรายละเอียดโครงการประกันชีวิตฯ และดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่เว็บไซต์สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด www.codopa.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ



(นายศักดิ์ชัย แดงฮ่อ)

รองประธานกรรมการ ปฏิบัติหน้าที่แทน

ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด

เรียน สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ
- สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ กรมการปกครอง จำกัด
จำกัดโครงการประกันชีวิตฯ สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จำกัด
๑๐๖๑- ๑๐๖๑. ใบที่ ๑๐๖๑๑๑.๑. ใบแจ้งหนี้
คือกรณีสหกรณ์ฯ ๑. ๑.๑ - ๓๑ ๓๑ ๑๐๖๑
- เพื่อไม่ขาด
- สหกรณ์ฯ กรมการปกครอง จำกัด ได้ส่งใบแจ้งหนี้ให้
โดยที่ สหกรณ์ฯ กรมการปกครอง จำกัด ได้ส่งใบแจ้งหนี้ให้
ด้วย

(นางปราณี หมวดทรัพย์)

หัวหน้ากลุ่มงานการเงิน บัญชี และการตรวจสอบ

สม อภิสิทธิ์

ฝ่ายสวัสดิการสมาชิก

(นายเกษม ทองรอด)

โทร. ๐-๒๖๒๒-๑๖๐๓๗ ต่อ ๑๑, ๑๕

ผู้อำนวยการกลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น รักษาการแทน

ห้องดินจังหวัดกระบี่

๑๑ ๓๑ ๖๐

รายละเอียดโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒
บริษัท กรุงไทย - แอक्ซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้รับผิดชอบโครงการประกันชีวิตฯ

๑. ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ประกอบด้วย

๑.๑ สมาชิกที่ได้รับอนุมัติจากสหกรณ์ให้เป็นสมาชิกก่อนวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ และทำประกันชีวิตในโครงการเดิม

๑.๒ คู่สมรสโดยชอบด้วยกฎหมายของสมาชิกที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ

(กรณีสามี/ภรรยาต่างเป็นสมาชิก การขอเพิ่มวงเงินคุ้มครองให้สมาชิกแต่ละรายยื่นความจำนงด้วยตนเอง)

๑.๓ บิดาและมารดาตามกฎหมายของสมาชิกที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ

๑.๔ บุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของสมาชิกที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ

(กรณีบิดา/มารดาของบุตรต่างเป็นสมาชิก บิดา/มารดาสามารถยื่นใบสมัครประกันชีวิตฯ ให้กับบุตรซึ่งบุตรที่จะสมัครโครงการประกันชีวิตฯ ต้องไม่ซ้ำกัน)

๑.๕ สมาชิกที่ได้รับอนุมัติจากสหกรณ์ให้เป็นสมาชิกหลังวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑

- ผู้เข้าร่วมโครงการตามข้อ ๑.๑, ๑.๒, ๑.๓ และ ๑.๔ บริษัทจะรับสมัครให้เข้าร่วมโครงการก่อนวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ หลังจากนั้น บริษัทจะไม่รับสมัครเพิ่มเติมระหว่างโครงการอีก

- ผู้เข้าร่วมโครงการตามข้อ ๑.๕ จะได้รับความคุ้มครองตั้งแต่วันที่สหกรณ์รับเป็นสมาชิก

- ผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นสมาชิกตามข้อ ๑.๑ และ ๑.๕ ที่ปฏิบัติหน้าที่ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส และ ๔ อำเภอในจังหวัดสงขลา ได้แก่ อำเภอจะนะ อำเภอเทพา อำเภอนาหวี และอำเภอสบไชย จะได้รับความคุ้มครองเพิ่มอีก ๑ กรมธรรม์ ตามที่สหกรณ์กำหนดตั้งแต่วันที่ระบุให้ย้ายเข้าพื้นที่ตามหนังสือของทางราชการ

- ผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นสมาชิกตามข้อ ๑.๑ และ ๑.๕ ซึ่งสมัครเข้าร่วมโครงการแล้ว สามารถซื้อวงเงินคุ้มครองระหว่างโครงการเพิ่มได้ ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ว่าด้วยการให้เงินกู้สามัญ โดยการแถลงสุขภาพให้เป็นไปตามเงื่อนไขในการรับประกัน

- สหกรณ์จะใช้ข้อมูลนี้คงเหลือ ณ สิ้นปีนั้น เป็นฐานในการคำนวณค่าเบี้ยประกันชีวิต

๒. การรับประกันต่อเนื่อง

ผู้เข้าร่วมโครงการเดิมที่ได้ทำประกันชีวิตกับบริษัท กรุงไทย - แอक्ซ่าประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามกรมธรรม์เลขที่ ๘๑๐๐๑๓๒๔ และกรมธรรม์เลขที่ ๘๑๐๐๑๓๔๔ บริษัทยอมรับประกันต่อเนื่องโดยไม่ได้แย้งหรือคัดค้านในเรื่องความไม่สมบูรณ์ของการทำประกันชีวิต **ยกเว้น** ผู้เข้าร่วมโครงการที่ทำประกันชีวิตกับบริษัท กรุงไทย - แอक्ซ่าประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ต่อเนื่องกับบริษัท กรุงไทย - แอक्ซ่าประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ที่มีระยะเวลาการทำประกันภัยรวมกันยังไม่เกิน ๑ ปี นับแต่วันที่เข้าร่วมโครงการ บริษัทมีสิทธิปฏิเสธได้ตามเงื่อนไขในการรับประกันตามบันทึกข้อตกลงแนบท้ายกรมธรรม์

๓. ความคุ้มครองตามโครงการฯ

สหกรณ์ตกลงให้บริษัทเป็นผู้ให้ความคุ้มครอง สมาชิกของสหกรณ์ คู่สมรส บิดา มารดา และบุตรตามกฎหมายของสมาชิกสหกรณ์ เป็นระยะเวลา ๒ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ **ยกเว้น** สมาชิกออกจากสหกรณ์หรือถึงแก่กรรมระหว่างปี คู่สมรส บิดา มารดา และบุตรของสมาชิก จะได้รับสิทธิคุ้มครองจากบริษัทฯ จนถึงสิ้นปีนั้น

๔. วงเงินค้ำครอง

ผู้เข้าร่วมโครงการ สามารถเลือกซื้อวงเงินเพิ่มความคุ้มครองประกันชีวิตและอุบัติเหตุ ดังนี้

๔.๑ สมาชิกสหกรณ์ สามารถเลือกซื้อประกันวงเงินค้ำครอง ตั้งแต่วงเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๒,๒๐๐,๐๐๐ บาท วงเงินความคุ้มครอง ๑๐๐,๐๐๐ บาท สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันให้สมาชิกทุกราย

๔.๒ คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร สามารถเลือกซื้อประกันวงเงินค้ำครอง ตั้งแต่วงเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท สำหรับผู้ที่เข้าร่วมโครงการเดิมเพิ่มวงเงินค้ำครองได้ไม่เกินวงเงินค้ำครองของสมาชิกและผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการเดิม (สมัครโครงการใหม่) ซื้อประกันวงเงินค้ำครองได้ไม่เกินวงเงินค้ำครองของสมาชิก

๕. การชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต

๕.๑ ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ชำระค่าเบี้ยประกันเป็นรายปี

๕.๒ ค่าเบี้ยประกันชีวิตกรณีสมาชิก ขอเพิ่มทุนประกันชีวิตของตนเอง และ/หรือบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร สหกรณ์จะหักค่าเบี้ยประกันชีวิตจากเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนก่อน หากยังไม่พอหักให้สมาชิกชำระเพิ่มเติม โดยโอนเงินผ่านระบบ Bill Payment เลือกรหัสวัตถุประสงค์ ๐๐๖ ชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต เพื่อเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑ หากไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนด สหกรณ์จะตัดสิทธิการขอเพิ่มทุนของสมาชิก และ/หรือบุคคลในครอบครัว

๕.๓ สมาชิกที่ถูกอายัดเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน ขอให้สมาชิกชำระค่าเบี้ยประกัน โดยโอนเงินผ่านระบบ Bill Payment เลือกรหัสวัตถุประสงค์ ๐๐๖ ชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต เพื่อเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑ และเมื่อดำเนินการแล้ว โปรดแจ้งรายชื่อสมาชิกและแนบสำเนาใบโอนเงินของธนาคารให้สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ทราบด้วย

๖. เงื่อนไขการเข้าร่วมโครงการ แบ่งตามประเภทของผู้เข้าร่วมโครงการ

๖.๑ สมาชิก

อายุรับประกัน

- สมาชิกที่ไม่ได้ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม (สมัครเข้าร่วมโครงการใหม่) ต้องเป็นผู้มีอายุตั้งแต่ ๒๐ ปี แต่ไม่เกิน ๗๐ ปี (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑)

- สมาชิกที่ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม ต้องเป็นผู้มีอายุตั้งแต่ ๒๐ ปี แต่ไม่เกิน ๘๕ ปี (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑) หากต่อมาหลังจากเข้าโครงการแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการดังกล่าวมีอายุเกิน ๘๕ ปีบริบูรณ์ โครงการยังให้ความคุ้มครองจนถึงสิ้นสุดสัญญา ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

การแถลงสุขภาพ

กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ

- สมาชิกที่มีอายุไม่เกิน ๗๐ ปี ซื้อประกันวงเงินค้ำครองไม่เกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท

- สมาชิกที่ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม ซื้อประกันวงเงินค้ำครองน้อยกว่าหรือตามวงเงินค้ำครองเดิม

กรณีต้องแถลงสุขภาพ

- สมาชิกที่มีอายุไม่เกิน ๗๐ ปีบริบูรณ์ ซื้อประกันวงเงินค้ำครองเกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท (แถลงสุขภาพเฉพาะส่วนที่เกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท)

- สมาชิกที่มีอายุไม่เกิน ๗๐ ปี ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม วงเงินค้ำครองเดิมไม่ถึง ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท ซื้อประกันวงเงินค้ำครองเกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท (แถลงสุขภาพเฉพาะส่วนที่เกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท)

- สมาชิกที่มีอายุไม่เกิน ๗๐ ปี ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม วงเงินค้ำครองเดิมเกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท ซื้อประกันวงเงินค้ำครองเกินวงเงินค้ำครองเดิม (แถลงสุขภาพเฉพาะส่วนที่เกินวงเงินค้ำครองเดิม)

- สมาชิกที่มีอายุเกิน ๗๐ ปี ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม ซื้อประกันวงเงินค้ำครองเกินวงเงินค้ำครองเดิม (แถลงสุขภาพเฉพาะส่วนที่เกินวงเงินค้ำครองเดิม)

/การกำหนด...

การกำหนดวงเงินค้ำครอง

- สมาชิกตามข้อ ๑.๑ และ ๑.๕ ได้รับความค้ำครองตามโครงการ ประเภทละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท และเพิ่มเติม ๒๐๐,๐๐๐ บาท (เฉพาะสมาชิกที่ปฏิบัติหน้าที่ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส และ ๔ อำเภอของจังหวัดสงขลา ได้แก่ อำเภोजะนะ อำเภอเทพา อำเภอนาทวี และอำเภอสะบ้าย้อย) นับแต่เริ่มสัญญา

- สมาชิกตามข้อ ๑.๑ สามารถเลือกซื้อประกันวงเงินค้ำครองเพิ่มจากวรรคก่อนได้อีกประเภทละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๒,๑๐๐,๐๐๐ บาท

- สมาชิกตามข้อ ๑.๕ ที่ไม่สามารถเลือกซื้อประกันวงเงินค้ำครองเพิ่มขึ้น คงได้รับความค้ำครอง ๑๐๐,๐๐๐ บาท และเพิ่มเติม ๒๐๐,๐๐๐ บาท ตามวงเงินค้ำครองที่สหกรณ์ชำระเบี้ยประกันให้

ในระหว่างโครงการสมาชิกตามข้อ ๑.๑ และ ๑.๕ ที่ได้ขอกู้เงินสหกรณ์ ตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์ กรรมการปกครอง จำกัด ว่าด้วยการให้เงินกู้สามัญแก่สมาชิก สามารถซื้อประกันวงเงินค้ำครองเพิ่มได้ตามวงเงินกู้ที่ได้รับอนุมัติ ทั้งนี้ วงเงินค้ำครองที่ซื้อเพิ่มเมื่อรวมกับวงเงินค้ำครองเดิมแล้วต้องไม่เกิน ๒,๒๐๐,๐๐๐ บาท

๖.๒ คู่สมรสของสมาชิก

อายุรับประกัน

- คู่สมรสที่ไม่ได้ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม (สมัครโครงการใหม่) ต้องมีอายุตั้งแต่ ๒๐ ปี แต่ไม่เกิน ๗๐ ปี (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑)

- คู่สมรสที่ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม ต้องมีอายุตั้งแต่ ๒๐ ปี แต่ไม่เกิน ๘๕ ปี (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑) หากต่อมาหลังจากเข้าโครงการแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการดังกล่าวมีอายุเกิน ๘๕ ปีบริบูรณ์ โครงการยังให้ความค้ำครองจนสิ้นสุดสัญญา ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

การแถลงสุขภาพ

กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ

- คู่สมรสของสมาชิกที่ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม ซื้อประกันวงเงินค้ำครองน้อยกว่าหรือตามวงเงินค้ำครองในโครงการเดิม

- คู่สมรสของสมาชิกที่สมัครเข้าร่วมโครงการใหม่ แต่มีข้อยกเว้น การเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยที่เป็นมาก่อนการทำประกัน ภายในระยะเวลา ๑ ปี นับแต่วันที่เข้าร่วมโครงการ (วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑) บริษัทมีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทน

กรณีต้องแถลงสุขภาพ

- คู่สมรสของสมาชิกที่ทำประกันชีวิตโครงการเดิม ซื้อประกันวงเงินค้ำครองเกินวงเงินค้ำครองเดิม (แถลงสุขภาพเฉพาะส่วนที่เกินวงเงินค้ำครองเดิม) และการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยที่เป็นมาก่อนการทำประกัน ภายในระยะเวลา ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่แจ้งเพิ่มทุนประกัน บริษัทมีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทน

การกำหนดวงเงินค้ำครอง

- คู่สมรสสามารถเลือกซื้อประกันวงเงินค้ำครอง ประเภทละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท
- คู่สมรสที่เข้าร่วมโครงการเดิมเพิ่มวงเงินค้ำครองได้ ไม่เกิน วงเงินค้ำครองของสมาชิก
- คู่สมรสที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการเดิม (สมัครโครงการใหม่) ซื้อประกันวงเงินค้ำครองได้ ไม่เกิน วงเงินค้ำครองของสมาชิก

๖.๓ บุตรของสมาชิก

อายุรับประกัน

- บุตรอายุตั้งแต่ ๑๔ วัน แต่ไม่เกิน ๒๐ ปีบริบูรณ์ (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑) หรือต้องไม่บรรลุนิติภาวะ เนื่องจากการสมรสตามกฎหมาย หากต่อมาหลังจากเข้าโครงการแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการดังกล่าวมีอายุเกิน ๒๐ ปีบริบูรณ์ หรือบรรลุนิติภาวะเนื่องจากการสมรสตามกฎหมาย โครงการยังให้ความคุ้มครองจนสิ้นสุดสัญญา ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

การแถลงสุขภาพ

- บุตรของสมาชิกไม่ต้องแถลงสุขภาพทุกกรณี ทั้งนี้ บุตรของสมาชิกที่สมัครเข้าร่วมโครงการใหม่ และบุตรของสมาชิกที่ทำประกันชีวิตโครงการเดิม ซื้อประกันวงเงินคุ้มครองเกินวงเงินคุ้มครองเดิม (เฉพาะ ส่วนที่เกินวงเงินคุ้มครองเดิม) มีข้อยกเว้น การเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยที่เป็นมาก่อนการทำการประกันภายใน ระยะเวลา ๑ ปี นับแต่วันที่เข้าร่วมโครงการ (วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑) บริษัทมีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทน

การกำหนดวงเงินคุ้มครอง

- บุตรสามารถเลือกซื้อประกันวงเงินคุ้มครอง ประเภทละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท
- บุตรที่เข้าร่วมโครงการเดิมเพิ่มวงเงินคุ้มครองได้ ไม่เกิน วงเงินคุ้มครองของสมาชิก
- บุตรที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการเดิม (สมัครโครงการใหม่) ซื้อประกันวงเงินคุ้มครองได้ ไม่เกิน วงเงินคุ้มครองของสมาชิก

๖.๔ บิดา/มารดาของสมาชิก

อายุรับประกัน

- บิดา/มารดาที่ไม่ได้ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม (สมัครโครงการใหม่) ต้องมีอายุตั้งแต่ ๒๐ ปี แต่ไม่เกิน ๗๐ ปี (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑)

- บิดา/มารดาที่ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม ต้องมีอายุตั้งแต่ ๒๐ ปี แต่ไม่เกิน ๘๕ ปี (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑) หากต่อมาหลังจากเข้าโครงการแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการดังกล่าวมีอายุเกิน ๘๕ ปีบริบูรณ์ โครงการยังให้ความคุ้มครองจนสิ้นสุดสัญญา ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

การแถลงสุขภาพ

กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ

- บิดา/มารดาของสมาชิกที่ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม ซื้อประกันวงเงินคุ้มครองน้อยกว่าหรือตาม วงเงินคุ้มครองในโครงการเดิม

กรณีต้องแถลงสุขภาพ

- บิดา/มารดาของสมาชิกที่ทำประกันชีวิตโครงการเดิม ซื้อประกันวงเงินคุ้มครองเกินวงเงินคุ้มครองเดิม (แถลงสุขภาพเฉพาะส่วนที่เกินวงเงินคุ้มครองเดิม) และการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยที่เป็นมาก่อนการทำการประกัน ภายในระยะเวลา ๑ ปี นับตั้งแต่วันที่แจ้งเพิ่มทุนประกัน บริษัทมีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทน

- บิดา/มารดาของสมาชิกที่สมัครเข้าร่วมโครงการใหม่ มีข้อยกเว้น การเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย ที่เป็นมาก่อนการทำการประกัน ภายในระยะเวลา ๑ ปี นับแต่วันที่เข้าร่วมโครงการ (วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑) บริษัทมีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทน

การกำหนดวงเงินคุ้มครอง

- บิดา/มารดาสามารถเลือกซื้อประกันวงเงินคุ้มครอง ประเภทละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท
- บิดา/มารดาที่เข้าร่วมโครงการเดิมเพิ่มวงเงินคุ้มครองได้ ไม่เกิน วงเงินคุ้มครองของสมาชิก
- บิดา/มารดาที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการเดิม (สมัครโครงการใหม่) ซื้อประกันวงเงินคุ้มครองได้ ไม่เกิน วงเงินคุ้มครองของสมาชิก

๗. การแถลงสุขภาพ

๗.๑ กรณีผู้เข้าร่วมโครงการตามข้อ ๑.๑ ที่ไม่ต้องแถลงสุขภาพ ให้ถือว่าผู้เอาประกันมีคุณสมบัติครบถ้วนตามข้อกำหนดและเงื่อนไขกรมธรรม์ บริษัทย่อมเสี่ยงที่จะรับประกัน โดยจะไม่อ้างสิทธิเพื่อการปฏิเสธความรับผิดชอบ โดยอาศัยสาเหตุสุขภาพไม่แข็งแรงหรือการเจ็บป่วยใดๆ ของผู้เข้าร่วมโครงการที่มีมาก่อนเข้าร่วมโครงการ (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑)

๗.๒ กรณีผู้เข้าร่วมโครงการทุกประเภทที่ต้องแถลงสุขภาพเฉพาะส่วนที่เกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท หรือเฉพาะส่วนที่เกินวงเงินคุ้มครองเดิม บริษัทไม่อ้างสิทธิเพื่อการปฏิเสธความรับผิดชอบ โดยอาศัยสาเหตุสุขภาพไม่แข็งแรงหรือการเจ็บป่วยใดๆ ของผู้เข้าร่วมโครงการที่มีมาก่อนเข้าร่วมโครงการ (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑) ในส่วนที่ไม่เกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท หรือส่วนที่ไม่เกินความคุ้มครองเดิม

๗.๓ กรณีผู้เข้าร่วมโครงการทุกประเภทที่ต้องแถลงสุขภาพ จะต้องแถลงสุขภาพตามความเป็นจริง พร้อมลงลายมือชื่อด้วยตนเองในใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม (แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพของบริษัท) โดยสหกรณ์ต้องจัดส่งใบคำขอให้แก่บริษัทล่วงหน้า ๗ วันทำการก่อนเริ่มคุ้มครองตามโครงการ โดยห้ามแถลงเท็จหรือปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ ซึ่งเป็นเหตุให้บริษัทปฏิเสธค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา ในกรณีที่บริษัทไม่ได้รับใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มของผู้เข้าร่วมโครงการจากสหกรณ์ล่วงหน้า ๗ วันทำการดังกล่าว บริษัทสามารถขยายเวลาการพิจารณาผู้เข้าร่วมโครงการออกไปได้อีกเป็นเวลา ๗ วันทำการนับจากวันที่บริษัทได้รับใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม โดยผู้เข้าร่วมโครงการจะยังไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ ถึงแม้จะถึงกำหนดวันเริ่มโครงการของผู้เข้าร่วมโครงการแล้วก็ตาม

หากปรากฏว่าบริษัทพิจารณาผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้แถลงสุขภาพมายังบริษัท แล้วบริษัทไม่รับเข้าร่วมโครงการ บริษัทต้องแจ้งรายชื่อพร้อมแสดงเหตุผลในการไม่รับเข้าร่วมโครงการให้สหกรณ์ทราบภายใน ๗ วันทำการ นับจากวันที่บริษัทได้รับใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม หากพ้นกำหนดแล้วบริษัทมิได้แจ้งให้สหกรณ์ทราบ ให้ถือว่าผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้แถลงสุขภาพนั้นได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์

๘. ระยะเวลาโครงการ

๘.๑ โครงการมีผลบังคับกำหนด ๒ ปี เริ่มคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

๘.๒ กรณีผู้เข้าร่วมโครงการตามข้อ ๑.๑ หรือ ๑.๕ พ้นจากการเป็นสมาชิกระหว่างปี จะได้รับความคุ้มครองจนถึงวันสิ้นปีของปีที่พ้นจากการเป็นสมาชิก และบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องตามข้อ ๑.๒, ๑.๓ และ ๑.๔ จะได้รับความคุ้มครองจนถึงวันสิ้นปีของปีที่ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ตามข้อ ๑.๑, ๑.๕ พ้นจากการเป็นสมาชิก

๘.๓ กรณีผู้เข้าร่วมโครงการฯ ตามข้อ ๑.๑ หรือ ๑.๕ ที่เสียชีวิตระหว่างปี บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องตามข้อ ๑.๒, ๑.๓ และ ๑.๔ จะได้รับความคุ้มครองจนถึงสิ้นปีของปีที่ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ตามข้อ ๑.๑, ๑.๕ เสียชีวิต

๙. ความคุ้มครองและผลประโยชน์

๙.๑ กรณีเสียชีวิต

๙.๑.๑ เสียชีวิตทุกกรณีทุกสาเหตุ รายละเอียด ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๒,๒๐๐,๐๐๐ บาท ตามวงเงินคุ้มครองที่ผู้เข้าร่วมโครงการซื้อประกัน

๙.๑.๒ เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือถูกลอบทำร้าย รวมถึงกรณีที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุดังกล่าวและเสียชีวิตเพราะเหตุนั้นภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันเกิดเหตุ บริษัทจะให้ความคุ้มครองนอกเหนือจากข้อ ๙.๑.๑ อีก ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๒,๒๐๐,๐๐๐ บาท ตามวงเงินคุ้มครองที่ผู้เข้าร่วมโครงการซื้อประกัน

๙.๑.๓ เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นแก่ รถโดยสารประจำทาง รถไฟ ลิฟต์ หรือไฟไหม้หอรพ โรงแรม อาคารสาธารณะ รวมถึงกรณีที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุข้างต้นและเสียชีวิตเพราะเหตุ นั้น ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันเกิดเหตุ บริษัทฯ จะให้ความคุ้มครองนอกเหนือจากข้อ ๙.๑.๑ และข้อ ๙.๑.๒ อีก ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๒,๒๐๐,๐๐๐ บาท ตามวงเงินคุ้มครองที่ผู้เข้าร่วมโครงการซื้อประกัน

๙.๒ กรณีสูญเสียอวัยวะ

๙.๒.๑ สูญเสียสายตาทั้ง ๒ ข้าง หรือมือทั้ง ๒ ข้าง หรือเท้าทั้ง ๒ ข้าง หรืออวัยวะดังกล่าวข้างใดข้างหนึ่ง รวมกันตั้งแต่ ๒ อย่างขึ้นไปจากสาเหตุเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือถูกลอบทำร้าย บริษัทจะให้ความคุ้มครองร้อยละ ๑๐๐ ของวงเงินคุ้มครองตามข้อ ๙.๑.๒

๙.๒.๒ สูญเสียตาข้างหนึ่ง หรือมือข้างหนึ่ง หรือเท้าข้างหนึ่ง จากสาเหตุเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือ ถูกฆาตกรรม หรือถูกลอบทำร้าย บริษัทจะให้ความคุ้มครองร้อยละ ๑๐๐ ของวงเงินคุ้มครองตามข้อ ๙.๑.๒

๙.๒.๓ สูญเสียนิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือของมือข้างเดียวกัน จากสาเหตุเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือถูกลอบทำร้าย บริษัทจะให้ความคุ้มครองร้อยละ ๒๕ ของวงเงินคุ้มครองตามข้อ ๙.๑.๒

๙.๓ กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร

ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรจากสาเหตุเนื่องจากการเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือถูกลอบทำร้าย รวมถึงกรณีที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุข้างต้นทำให้เกิดเป็นบุคคลทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรที่สามารถ พิสูจน์ได้อย่างชัดเจน หรือมีข้อบ่งชี้ หรือความเห็นของแพทย์ผู้ทำการรักษา ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันเกิดเหตุ บริษัทจะให้ความคุ้มครอง ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๒,๒๐๐,๐๐๐ บาท ตามวงเงินคุ้มครองที่ผู้เข้าร่วมโครงการซื้อประกัน

๑๐. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

๑๐.๑ กรณีเสียชีวิต

ผู้เข้าร่วมโครงการเสียชีวิต บริษัทตกลงจ่ายสินไหมทดแทนตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์และบันทึกแนบท้ายกรมธรรม์ที่ให้แก่สภกรณ์ในฐานะผู้รับประโยชน์และสภกรณ์ในฐานะผู้รับประโยชน์ จะต้องทำการรวบรวมเอกสาร หลักฐาน พร้อมกรอกรายละเอียดและจัดส่งให้กับบริษัทดังนี้

- หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมมรณกรรม (แบบฟอร์มบริษัทฯ)
- ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา กรณีมรณกรรม (แบบฟอร์มบริษัทฯ)
- สำเนาใบมรณบัตร และสำเนาหนังสือรับรองการตาย (ถ้ามี)
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต (ประทับ “ตาย”) และทายาทของผู้เสียชีวิต
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต และทายาทของผู้เสียชีวิต

กรณีเสียชีวิตโดยผิดธรรมชาติ จะต้องแนบเอกสารเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

- สำเนารายงานประจำวันเกี่ยวกับคดี
- สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ

หมายเหตุ สำเนาเอกสารจะต้องลงนามรับรองสำเนาทุกฉบับ

๑๐.๒ กรณีไม่เสียชีวิต

ผู้เข้าร่วมโครงการเจ็บป่วย หรือประสบอุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือถูกลอบทำร้ายจนเป็นเหตุให้ต้องเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากบริษัท ในกรณีสูญเสียอวัยวะตามข้อ ๙.๒.๑, ๙.๒.๒, ๙.๒.๓ หรือ ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรตามข้อ ๙.๓ ผู้เข้าร่วมโครงการหรือสภกรณ์จะต้องรวบรวมเอกสาร หลักฐาน พร้อมกรอกรายละเอียดและจัดส่งให้กับบริษัทดังนี้

/- หนังสือเรียกร้อง....

- หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (แบบฟอร์มบริษัทฯ)
 - ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา (แบบฟอร์มบริษัทฯ)
 - สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ
 - สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย
 - รูปถ่ายบริเวณร่างกายที่ประสบเหตุ
- หมายเหตุ สำเนาเอกสารจะต้องลงนามรับรองสำเนาทุกฉบับ

๑๑. การจ่ายเงินสินไหมทดแทน

- ผู้เข้าร่วมโครงการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ บริษัทจะจ่ายค่าสินไหมทดแทนให้แก่สภกรณ์ภายใน ๑๕ วันทำการ นับแต่วันที่บริษัทได้รับคำเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน พร้อมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องตามข้อ ๑๐.๑ และ ๑๐.๒

- กรณีมีเหตุอันควรสงสัยอาจขยายเวลาออกไปได้ตามความจำเป็น ทั้งนี้ไม่เกิน ๙๐ วัน นับจากวันที่บริษัทได้รับคำเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนพร้อมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องตามข้อ ๑๐.๑ และ ๑๐.๒

๑๒. ผลประโยชน์และความคุ้มครองของผู้เข้าโครงการฯ (ตามตารางผลประโยชน์)

๑๓. ราคาเบี้ยประกันชีวิตตามวงเงินความคุ้มครองของผู้เข้าโครงการฯ (ตามตารางค่าเบี้ยประกันฯ)

/ตารางผลประโยชน์...

ตารางผลประโยชน์และความคุ้มครอง
โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒

ผลประโยชน์และความคุ้มครอง	ทุนประกัน (บาท)
๑. การประกันชีวิต คุ้มครองเสียชีวิตทุกกรณี ตลอดเวลา ๒๔ ชม. ทุกสถานที่ทั่วโลก ยกเว้นฆ่าตัวตายในปีแรก หรือถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตาย	๑๐๐,๐๐๐
๒. การประกันอุบัติเหตุ คุ้มครองการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	
๒.๑ เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ	๑๐๐,๐๐๐
๒.๒ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง	๑๐๐,๐๐๐
๒.๓ สูญเสียมือ ๒ ข้าง หรือเท้า ๒ ข้าง หรือสายตา ๒ ข้าง	๑๐๐,๐๐๐
๒.๔ สูญเสียมือ ๑ ข้าง และเท้า ๑ ข้าง	๑๐๐,๐๐๐
๒.๕ สูญเสียมือ ๑ ข้าง และสายตา ๑ ข้าง	๑๐๐,๐๐๐
๒.๖ สูญเสียเท้า ๑ ข้าง และสายตา ๑ ข้าง	๑๐๐,๐๐๐
๒.๗ สูญเสียมือ ๑ ข้าง	๖๐,๐๐๐
๒.๘ สูญเสียเท้า ๑ ข้าง	๖๐,๐๐๐
๒.๙ สูญเสียสายตา ๑ ข้าง	๖๐,๐๐๐
๒.๑๐ สูญเสียนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของมือข้างเดียวกัน โดยต้องตัดออกไปที่หรือเหนือโคนนิ้ว	๒๕,๐๐๐
ขยายความคุ้มครอง	
๑. อุบัติเหตุสาธารณะภัย (โดยสารรถไฟ รถประจำทาง ลิฟท์ ไฟไหม้ โรงแรม โรงมหรสพ หรืออาคารสาธารณะ)	๒๐๐,๐๐๐
๒. ฆาตกรรม หรือ ถูกลอบทำร้าย	๑๐๐,๐๐๐
๓. การขับขี่โดยสารรถจักรยานยนต์	๑๐๐,๐๐๐
๓. ประกันทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง กรณี เจ็บป่วย หรือประสบอุบัติเหตุ (จ่ายงวดเดียว)	๑๐๐,๐๐๐

หมายเหตุ

** ตารางผลประโยชน์และความคุ้มครอง สามารถคำนวณได้ตามวงเงินคุ้มครองที่เพิ่มเติม
ของผู้เข้าร่วมโครงการฯ แล้วแต่กรณีของวงเงินที่เอาประกัน **

ตารางราคาค่าเบี้ยประกัน
โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒

วงเงินคุ้มครอง (ราคา/ปี) (นับรวมสวัสดิการที่สหกรณ์จ่าย)	ค่าเบี้ยประกันของผู้เข้าร่วมโครงการแต่ละประเภท			
	สมาชิก (ไม่รวมสวัสดิการ)	คู่สมรส	บิดา/มารดา	บุตร
๑๐๐,๐๐๐	สหกรณ์จ่ายให้	๕๘๑.-	๔,๒๐๐.-	๓๗๕.-
๒๐๐,๐๐๐	๖๑๐.-	๑,๑๖๒.-	๘,๔๐๐.-	๗๕๐.-
๓๐๐,๐๐๐	๑,๒๒๐.-	๑,๗๔๓.-	๑๒,๖๐๐.-	๑,๑๒๕.-
๔๐๐,๐๐๐	๑,๘๓๐.-	๒,๓๒๔.-	๑๖,๘๐๐.-	๑,๕๐๐.-
๕๐๐,๐๐๐	๒,๔๔๐.-	๒,๙๐๕.-	๒๑,๐๐๐.-	๑,๘๗๕.-
๖๐๐,๐๐๐	๓,๐๕๐.-	๓,๔๘๖.-	๒๕,๒๐๐.-	๒,๒๕๐.-
๗๐๐,๐๐๐	๓,๖๖๐.-	๔,๐๖๗.-	๒๙,๔๐๐.-	๒,๖๒๕.-
๘๐๐,๐๐๐	๔,๒๗๐.-	๔,๖๔๘.-	๓๓,๖๐๐.-	๓,๐๐๐.-
๙๐๐,๐๐๐	๔,๘๘๐.-	๕,๒๒๙.-	๓๗,๘๐๐.-	๓,๓๗๕.-
๑,๐๐๐,๐๐๐	๕,๔๙๐.-	๕,๘๑๐.-	๔๒,๐๐๐.-	๓,๗๕๐.-
๑,๑๐๐,๐๐๐	๖,๑๐๐.-	-	-	-
๑,๒๐๐,๐๐๐	๖,๗๑๐.-	-	-	-
๑,๓๐๐,๐๐๐	๗,๓๒๐.-	-	-	-
๑,๔๐๐,๐๐๐	๗,๙๓๐.-	-	-	-
๑,๕๐๐,๐๐๐	๘,๕๔๐.-	-	-	-
๑,๖๐๐,๐๐๐	๙,๑๕๐.-	-	-	-
๑,๗๐๐,๐๐๐	๙,๗๖๐.-	-	-	-
๑,๘๐๐,๐๐๐	๑๐,๓๗๐.-	-	-	-
๑,๙๐๐,๐๐๐	๑๐,๙๘๐.-	-	-	-
๒,๐๐๐,๐๐๐	๑๑,๕๙๐.-	-	-	-
๒,๑๐๐,๐๐๐	๑๒,๒๐๐.-	-	-	-
๒,๒๐๐,๐๐๐	๑๒,๘๑๐.-	-	-	-

หมายเหตุ

กรณีผู้เข้าร่วมโครงการฯ เป็นสมาชิก มีรายละเอียดดังนี้

๑. ให้สมาชิกเลือกวงเงินคุ้มครองได้ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๒,๒๐๐,๐๐๐ บาท ตามความประสงค์ของสมาชิก โดยให้นับรวมวงเงินคุ้มครองในส่วนของสวัสดิการที่สหกรณ์จ่ายให้ด้วย
๒. ค่าเบี้ยประกันในแต่ละวงเงินคุ้มครองตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๒,๒๐๐,๐๐๐ บาท เป็นค่าเบี้ยประกันในส่วนที่สมาชิกต้องชำระค่าเบี้ยเอง โดยไม่นับรวมค่าเบี้ยประกันในส่วนของสวัสดิการที่สหกรณ์จ่ายให้ ซึ่งสหกรณ์ได้หักค่าเบี้ยประกันในส่วนที่สหกรณ์จ่ายให้ไว้แล้ว



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่

ประจำปี 2561 – 2562

สมาชิกเลขที่

ชื่อ - นามสกุล วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... สังกัด/กรม

กอง/อำเภอ/จังหวัด โทร. (ที่ทำงาน) โทร. (มือถือ)

สมาชิก วงเงินคุ้มครองไม่เกิน 2,200,000 บาท			ค่าเบี้ยประกัน ส่วนที่จ่ายเพิ่ม (บาท)
1. สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ทำประกันชีวิตให้ท่าน	100,000 บาท		1. สหกรณ์จ่ายให้
2. ท่านต้องการทำประกันชีวิตเพิ่มเติม จำนวน	บาท		2.(1)
รวมวงเงินคุ้มครอง ข้อ 1. และข้อ 2.	บาท		
ท่านมีหนี้เงินกู้สามัญคงเหลือ ณ สิ้นปี 2560	บาท		

บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร วงเงินคุ้มครองตั้งแต่ 100,000 – 1,000,000 บาท								
ประเภท	ชื่อ - สกุล	ว.ค.ป. (เกิด)	อายุ (ปี)	วงเงินคุ้มครอง (บาท)	ค่าเบี้ยประกัน (บาท)	สมัครใหม่		สมัครต่อเนื่องจาก
						โครงการ 61-62	โครงการเดิม 59-60	โครงการเดิม 59-60
						ไม่ตกลง	ตกลง	วงเงินเท่าเดิม /น้อยกว่า ไม่ต้องตกลง
								เพิ่มวงเงิน ต้องตกลง
คู่สมรส								
บิดา								
มารดา								
บุตร ๑						ยกเว้น บุตรไม่ต้องตกลงสุขภาพทุกกรณี แต่ต้องมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่เป็นโรคร้ายแรง และ มีอายุ ๑๔ วัน ถึง ๒๐ ปีบริบูรณ์ (ณ ๑ ม.ค. ๖๑)		
บุตร ๒								
บุตร ๓								
บุตร ๔								
รวม (2)								
รวมทั้งสิ้น (1) + (2)								

ลายมือชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ตำแหน่ง.....

คำชี้แจง กรุณาอ่านรายละเอียดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขโครงการฯ ตามเอกสารแนบมาพร้อมนี้ และกรอกข้อความให้ถูกต้องครบถ้วน

เพื่อสิทธิประโยชน์ของสมาชิก

1. สมาชิกต้องยื่นใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ ทุกราย เนื่องจากเป็นโครงการต่อเนื่องของปี 61-62 เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันกับบริษัทประกัน หากท่านไม่ส่งใบสมัคร สหกรณ์จะถือว่าท่านไม่มีความประสงค์ทำประกันเพิ่มเติมจากที่สหกรณ์จ่ายสวัสดิการให้ ยกเว้น สมาชิกมีหนี้เงินกู้สามัญ ต้องทำประกันชีวิตให้ครอบคลุมหนี้เงินกู้สามัญ

2. กรณีสมาชิกขอทำประกันชีวิตเพิ่มเติมของตนเอง และ/หรือบุคคลในครอบครัว สหกรณ์จะหักค่าเบี้ยประกันชีวิตจากเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนก่อน ถ้ายังไม่พอหักให้สมาชิกชำระเพิ่มเติม โดยโอนเงินผ่านระบบ Bill Payment เลือกรหัสวัตถุประสงค์ 006 ชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต เพื่อเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2561 หากไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนดสหกรณ์จะตัดสิทธิการขอเพิ่มทุนของตนเอง และ/หรือบุคคลในครอบครัว

3. กรณีบิดา มารดา ทำประกันชีวิตต่อเนื่องโครงการเดิม บริษัทรับประกันอายุไม่เกิน 85 ปี และกรณีสมัครใหม่ บริษัทรับประกันอายุไม่เกิน 70 ปี

4. สหกรณ์จะใช้ข้อมูลหนี้คงเหลือ ณ สิ้นปี 2560 เป็นฐานในการคำนวณค่าเบี้ยประกันชีวิต กำหนดยื่นใบสมัครตั้งแต่ วันที่ 1 สิงหาคม 2560 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2560 รายละเอียดของโครงการประกันชีวิตฯ และดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ www.codopa.com

พลิกดูรายละเอียด

วงเงินคุ้มครอง (ราคา/ปี)	ผู้เข้าร่วมโครงการ			
	สมาชิก (ไม่รวมสวัสดิการ)	คู่สมรส	บิดา/มารดา	บุตร
100,000	581		4,200	375
200,000	610	1,162	8,400	750
300,000	1,220	1,743	12,600	1,125
400,000	1,830	2,324	16,800	1,500
500,000	2,440	2,905	21,000	1,875
600,000	3,050	3,486	25,200	2,250
700,000	3,660	4,067	29,400	2,625
800,000	4,270	4,648	33,600	3,000
900,000	4,880	5,229	37,800	3,375
1,000,000	5,490	5,810	42,000	3,750
1,100,000	6,100	-	-	-

วงเงินคุ้มครอง (ราคา/ปี)	ผู้เข้าร่วมโครงการ			
	สมาชิก (ไม่รวมสวัสดิการ)	คู่สมรส	บิดา/มารดา	บุตร
1,200,000	6,710	-	-	-
1,300,000	7,320	-	-	-
1,400,000	7,930	-	-	-
1,500,000	8,540	-	-	-
1,600,000	9,150	-	-	-
1,700,000	9,760	-	-	-
1,800,000	10,370	-	-	-
1,900,000	10,980	-	-	-
2,000,000	11,590	-	-	-
2,100,000	12,200	-	-	-
2,200,000	12,810	-	-	-

สมัครใหม่ โครงการ 61 - 62					สมัครต่อเนื่องจากโครงการเดิม ปี 59 - 60				
ประเภท	ช่วงอายุ (ณ 1 ม.ค. 61)	วงเงินคุ้มครอง	การแปลงสภาพ	ประเภท	ช่วงอายุ (ณ 1 ม.ค. 61)	วงเงินคุ้มครอง	ความประสงค์	การแปลงสภาพ	
สมาชิก	20 - 70 ปี	100,000 - 2,200,000		สมาชิก	20 - 85 ปี	100,000 - 2,200,000	ทำเท่าเดิมหรือน้อยกว่า	ไม่แปลง	
		100,000 - 1,000,000	ไม่แปลง		(1) 20 - 70 ปี	100,000 - 1,000,000	เพิ่มวงเงินไม่เกิน 1,000,000 บ.	ไม่แปลง	
		1,100,000 - 2,200,000	แปลง				เพิ่มวงเงินเกิน 1,000,000 บ.	แปลงเฉพาะส่วนที่เกิน 1,000,000 บ.	
					(2) 71 - 85 ปี		เพิ่มวงเงินเกินวงเงินเดิม	แปลงเฉพาะส่วนที่เกินวงเงินเดิม	
คู่สมรส	20 - 70 ปี	100,000 - 1,000,000	ไม่แปลง	คู่สมรส	20 - 85 ปี	100,000 - 1,000,000	ทำเท่าเดิมหรือน้อยกว่า	ไม่แปลง	
							เพิ่มวงเงินเกินวงเงินเดิม	แปลงเฉพาะส่วนที่เกินวงเงินเดิม	
บิดา/มารดา	20 - 70 ปี	100,000 - 1,000,000	แปลง	บิดา/มารดา	20 - 85 ปี	100,000 - 1,000,000	ทำเท่าเดิมหรือน้อยกว่า	ไม่แปลง	
							เพิ่มวงเงินเกินวงเงินเดิม	แปลงเฉพาะส่วนที่เกินวงเงินเดิม	
บุตร	14 วัน - 20 ปี	100,000 - 1,000,000	ไม่แปลงทุกกรณี	บุตร	14 วัน - 20 ปี	100,000 - 1,000,000	ทุกกรณี	ไม่แปลงทุกกรณี	

- หมายเหตุ**
- อายุผู้เข้าร่วมโครงการ สมาชิก คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร หากต่อมาหลังจากเข้าร่วมโครงการแล้ว มีอายุเกิน 85 ปีบริบูรณ์ และบุตร มีอายุเกิน 20 ปีบริบูรณ์ หรือบรรลุนิติภาวะเนื่องจากกรมธรรม์ประกันภัย ให้ความคุ้มครองจนถึงสิ้นสุดสัญญา ณ วันที่ 31 ธ.ค. 62
 - วงเงินคุ้มครอง คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร จะขึ้นอยู่กับครอบครัวหรือเพิ่มวงเงินคุ้มครองได้ขึ้นอยู่กับวงเงินคุ้มครองของสมาชิก
 - ระยะเวลาโครงการ มีกำหนด 2 ปี โดยเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. 61 ถึง วันที่ 31 ธ.ค. 62 ยกเว้น สมาชิกออกจากสหกรณ์ หรือถึงแก่กรรมระหว่างปี คู่สมรส บิดา มารดา และบุตรของสมาชิก จะได้รับสิทธิคุ้มครองจากบริษัทฯ จนถึงสิ้นปีนี้
 - บุตรของสมาชิก หากบิดามารดาต่างเป็นสมาชิก บิดา/มารดา สามารถอุปสมบทคู่สมรสกับชีวิตา ให้กับบุตร ซึ่งบุตรจะมีสิทธิโครงการประกันชีวิตา ต้องไม่ซ้ำกัน
 - บุตรของสมาชิก ไม่ต้องแปลงสภาพทุกกรณี ทั้งนี้ บุตรที่มีครัวเรือนและบุตรที่สมัครต่อเนื่องจากโครงการเดิม เพิ่มวงเงินคุ้มครองเกินวงเงินเดิม (เฉพาะส่วนที่เกินวงเงินเดิม) มีข้อยกเว้น การเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยที่เป็นมาก่อนการทำการประกัน ภายในระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่มีผลบังคับกับคุ้มครอง และบริษัทฯ มีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทน
 - ผู้เข้าร่วมโครงการ ที่มีการแปลงสภาพ จะต้องแปลงสภาพตามความเป็นจริง หรือแปลงด้วยตนเอง ไม่ไปทำเอาประกันภัยชีวิตกลุ่มตามแบบฟอร์มบริษัท และบริษัทฯ มีสิทธิปฏิเสธผลประโยชน์หากตาย หากปกติสาเหตุแห่งการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นมาก่อนการทำการประกัน ภายในระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่มีผลบังคับกับคุ้มครอง และบริษัทฯ มีสิทธิที่จะปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทน



แบบฟอร์มการชำระเงิน
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด

ส่วนที่ 1 สำหรับธนาคาร
โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียม
จากผู้ชำระเงิน

โปรดเลือกธนาคารที่ชำระเงิน

☐
☐

บมจ. ธนาคารกรุงไทย

: Product Code 7173



บมจ. ธนาคารทหารไทย

: Comp Code 2214

วันที่

สาขาที่รับชำระ

ชื่อสมาชิก นามสกุล

(Ref.No. 1) เลขที่สมาชิก

(Ref.No. 2) รหัสวัตถุประสงค์/เบอร์โทรศัพท์

(Ref.No. 3) สำหรับสมาชิกฝากเงิน โปรดระบุหมายเลขบัญชีเงินฝาก

001 ชำระเงินค่างวดรายเดือน

002 ชำระหนี้เงินกู้ฉุกเฉิน

003 ชำระหนี้เงินกู้สามัญ

004 ชำระหนี้เงินกู้พิเศษ

005 ชำระเงินงวดรายเดือน

006 ชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต

007 ชำระค่าเบี้ยประกันอัคคีภัย

008 ชำระค่าใช้จ่ายเงินกู้พิเศษ

009 ชำระค่าเบี้ยปรับไถ่ถอนก่อนครบกำหนด

010 ฝากเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์

011 ฝากเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ

012 ฝากเข้าบัญชีเงินฝากประจำ 6 เดือน

013 ฝากเข้าบัญชีเงินฝากประจำ 12 เดือน

014 ฝากเข้าบัญชีเงินฝากประจำ 24 เดือน

015 ค่าเช่าที่พักสัมมนา

016 อื่นๆ โปรดระบุ

☐

เงินสด

☐

เช็คธนาคาร

..... เลขที่ ลงวันที่

จำนวนเงิน

ตัวอักษร

* ค่าธรรมเนียมชำระเงินดังนี้ - ธนาคารกรุงไทย จำกัด และธนาคารทหารไทย จำกัด ไม่จำกัดวงเงิน / 10 บาท / ครั้ง

** กรณีเลือกวัตถุประสงค์ข้อ 016 (อื่นๆ) โปรดระบุข้อมูลให้ชัดเจน และโทรศัพท์แจ้ง เบอร์ 02-6221603-7 ต่อ 31-34

ลงชื่อผู้ชำระเงิน

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารผู้รับเงิน

(พร้อมประทับตรา)



แบบฟอร์มการชำระเงิน
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด

ส่วนที่ 2 สำหรับสมาชิก
โปรดเรียกเก็บค่าธรรมเนียม
จากผู้ชำระเงิน

โปรดเลือกธนาคารที่ชำระเงิน

☐
☐

บมจ. ธนาคารกรุงไทย

: Product Code 7173



บมจ. ธนาคารทหารไทย

: Comp Code 2214

วันที่

สาขาที่รับชำระ

ชื่อสมาชิก นามสกุล

(Ref.No. 1) เลขที่สมาชิก

(Ref.No. 2) รหัสวัตถุประสงค์/เบอร์โทรศัพท์

(Ref.No. 3) สำหรับสมาชิกฝากเงิน โปรดระบุหมายเลขบัญชีเงินฝาก

001 ชำระเงินค่างวดรายเดือน

002 ชำระหนี้เงินกู้ฉุกเฉิน

003 ชำระหนี้เงินกู้สามัญ

004 ชำระหนี้เงินกู้พิเศษ

005 ชำระเงินงวดรายเดือน

006 ชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต

007 ชำระค่าเบี้ยประกันอัคคีภัย

008 ชำระค่าใช้จ่ายเงินกู้พิเศษ

009 ชำระค่าเบี้ยปรับไถ่ถอนก่อนครบกำหนด

010 ฝากเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์

011 ฝากเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์พิเศษ

012 ฝากเข้าบัญชีเงินฝากประจำ 6 เดือน

013 ฝากเข้าบัญชีเงินฝากประจำ 12 เดือน

014 ฝากเข้าบัญชีเงินฝากประจำ 24 เดือน

015 ค่าเช่าที่พักสัมมนา

016 อื่นๆ โปรดระบุ

☐

เงินสด

☐

เช็คธนาคาร

..... เลขที่ ลงวันที่

จำนวนเงิน

ตัวอักษร

* ค่าธรรมเนียมชำระเงินดังนี้ - ธนาคารกรุงไทย จำกัด และธนาคารทหารไทย จำกัด ไม่จำกัดวงเงิน / 10 บาท / ครั้ง

** กรณีเลือกวัตถุประสงค์ข้อ 016 (อื่นๆ) โปรดระบุข้อมูลให้ชัดเจน และโทรศัพท์แจ้ง เบอร์ 02-6221603-7 ต่อ 31-34

ลงชื่อผู้ชำระเงิน

สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคารผู้รับเงิน

(พร้อมประทับตรา)



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27
 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
 โทร. 0 2044 4000 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
 www.krungthai-axa.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสหกรณ์

ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

เลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจเป็นเหตุให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

- ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ)
 วันเดือนปีเกิด เดือน พ.ศ. อายุ ปี บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่
 ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. ตำแหน่งหน้าที่
 มีความเกี่ยวข้องกับ โดยเป็น
☐ สมาชิกของ เลขทะเบียนสมาชิก
☐ บิดา/มารดา ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ของสมาชิก ชื่อ นามสกุล
 เลขทะเบียนสมาชิก
☐ ได้กู้เงินไว้กับ เลขที่คำขอกู้ จำนวนเงินกู้ บาท
☐ ได้กู้เงินไว้กับ เลขที่คำขอกู้ จำนวนเงินกู้ บาท
- ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน / อาคาร ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
- แบบประกันภัยที่ต้องการ

แบบประกันภัย	ความคุ้มครอง

5. ผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์

- | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------|
| 6. ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการต่ออายุกรมธรรม์ชีวิตใดๆของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณาหรือเพิกเฉยประกันภัยหรือมีข้อจำกัดหรือแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่ | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย |
| 7. ท่านเคยเป็นวัณโรค โรคกระเพาะ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือ โรคเกี่ยวกับสมองหรือไม่ | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย |
| 8. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุราหรือสิ่งเมาหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยรับการรักษากับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่ | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย |
| 9. ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยปรึกษาแพทย์ เข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาดังในสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือสถาบันใดที่คล้ายคลึงกันหรือไม่ | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย |

หากตอบคำถามใน ข้อ 6 - 9 เป็นคำตอบรับว่า "เคย" โปรดกรอกแบบสอบถามแถลงสุขภาพด้านล่างเพิ่มเติม

- ท่านได้รับการตรวจร่างกายที่ เมื่อ
- ท่านมีอาการหรือสาเหตุอย่างไรก่อนไปรับการตรวจ
- แพทย์แจ้งผลการตรวจเป็นอย่างไร? มีสิ่งผิดปกติหรือไม่?
- ท่านได้รับการรักษาหรือไม่ หรือได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าใช่โปรดให้รายละเอียด
- ท่านอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลากี่วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วแพทย์นัดให้ไปพบอีกหรือไม่ หรือมีอาการผิดปกติต้องไปพบแพทย์อีกหรือไม่ อย่างไร

6. ปัจจุบันท่านยังคงได้รับการรักษาหรือไม่ ถ้ายังได้รับการรักษา ไปพบแพทย์ทุก เดือน หรือ โดยวิธี
ถ้าหยุดแล้ว ตั้งแต่เมื่อใด
อาการปัจจุบันเป็นอย่างไร
7. กรณีเป็นเบาหวาน กรุณาระบุระดับน้ำตาลครั้งแรกที่ตรวจรักษา
และระดับน้ำตาลปัจจุบัน
กรณีเป็นความดันโลหิตสูง กรุณาระบุค่าความดันปัจจุบัน / mmHg
กรณีท่านดื่มสุรา ท่านดื่มบ่อยแค่ไหน จำนวนแก้วที่ดื่มต่อวัน

การให้ถ้อยคำ การให้ความยินยอม และการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่า ถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัทฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้าแจ้งมอบข้อมูลหรือประวัติการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา โภชเภสัช หรือการรักษา และสำเนาบันทึกทางการแพทย์ใดๆ ของข้าพเจ้า ต่อบริษัทฯ กรุงเทพมหานคร ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ และสำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือมีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับและข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือ จ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้ากับบริษัทอื่นได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ ซึ่งรวมทั้งบริษัทใดๆ ในเครือบริษัทฯ ไม่ว่าจะอยู่ในหรือนอกประเทศไทยก็ตาม ใช้ เปิดเผย หรือโอน ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดที่เกี่ยวกับข้าพเจ้า (ไม่ว่าข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่นจะเป็นผู้ให้ข้อมูลนั้น) ให้แก่บุคคลใดๆ ทั้งในและ/หรือนอกประเทศไทยเพื่อวัตถุประสงค์ใดๆ ที่เกี่ยวกับหรือเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ คำสั่งศาล คำร้องขอใดๆ หรือคำสั่งของหน่วยงานกำกับดูแลใดๆ และ/หรือเพื่อการดำเนินการ การพัฒนาการประกอบการของบริษัทฯ

เขียนที่
นายหน้า/ตัวแทนได้ตรวจสอบต้นฉบับของเอกสารแสดงตนของผู้ขอเอาประกันภัย และเห็นว่าตรงกันกับสำเนารูปถ่ายเอกสารที่ส่งมอบให้แก่บริษัท

วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ
()
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ
()
พยาน

ลงชื่อ
()
พยาน

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ลงชื่อเป็นพยานด้วย)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. เลขทะเบียนสมาชิก สังกัด
ยินยอมให้สหกรณ์หักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตกลุ่มของผู้ขอเอาประกันภัยซึ่งเกี่ยวข้องเป็น ของข้าพเจ้า

เอกสารแนบ

1. สำเนาบัตรประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. กรณีคู่สมรสแนบบัตรประชาชนคู่สมรส ทะเบียนบ้าน

ลงชื่อ
()
ผู้ให้คำยินยอม