



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแพร่(กลุ่มงานการเงินบัญชีและการตรวจสอบ)

โทร.๐-๕๕๕๓-๔๑๑๙, ๐-๕๕๕๓-๔๕๐๔-๕ ต่อ ๒๕ โทรสาร. ๐-๕๕๕๓-๔๕๐๔-๕ ต่อ ๑๙

ที่ พร ๐๐๒๓.๕ / ว ๓๑๖

วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๕๘

เรื่อง โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุ ประจําปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐

เรียน ท้องถิ่นอำเภอทุกอำเภอ

ด้วยสภกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด แจ้งว่าโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุ ประจําปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ ซึ่งความคุ้มครองตามโครงการจะสิ้นสุดลงในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ และในครั้งนี้โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุ ประจําปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ โดยความคุ้มครองเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ ซึ่งสภกรณ์ออมทรัพย์ฯ ได้คัดเลือกบริษัทกรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ โดยสภกรณ์ฯ ได้ให้จังหวัดประชาสัมพันธ์รายละเอียดของโครงการฯ ซึ่งในปีที่สภกรณ์ฯ มีการเปลี่ยนแปลงการทำประกันชีวิต คือ กรณีสมาชิกมีความประสงค์จะทำประกันให้แก่คู่สมรส, บิดา, มารดา และบุตร จะต้องชำระค่าเบี้ยประกันที่ทำให้แก่คู่สมรส, บิดา, มารดา และบุตร เป็นเงินสด หรือโอนเงินผ่านระบบ Bill Payment และเลือกรหัสวัตถุประสงค์ ๐๐๖ ชำระค่าเบี้ยประกัน เพื่อเข้าบัญชีสภกรณ์ฯ ตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๘ หากสมาชิกไม่ชำระเงินตามระยะเวลาที่กำหนด สภกรณ์ฯ จะยกเลิกการทำประกันชีวิตของบุคคลดังกล่าว

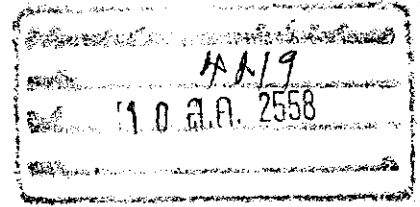
ในการนี้ โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุ ประจําปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ วงเงินความคุ้มครอง ๑๐๐,๐๐๐ บาท แรก สภกรณ์ฯจะเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันให้สมาชิกทุกราย เว้นแต่สมาชิกมีความประสงค์จะเพิ่มวงเงินประกันของตนเอง หรือประสงค์จะทำประกันให้แก่บุคคลในครอบครัว ซึ่งสมาชิกจะต้องชำระค่าเบี้ยประกันเพิ่มเติมเอง โดยจะต้องกรอกรายละเอียดใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ และส่งคืนให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแพร่ ภายในวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๕๘ เพื่อจกักรวบรวมเอกสารให้สภกรณ์ภายในกำหนดต่อไป รายละเอียดศึกษาได้ตามหนังสือสภกรณ์ออมทรัพย์ฯ ที่ สอ.ปค.(สส.)ว ๑๔๓๔/๒๕๕๘ ลงวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๘ ที่แนบมาพร้อมนี้ หรือ www.codopa.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งให้สมาชิกในสังกัดทราบ เพื่อดำเนินการต่อไป

(นายต่อพงษ์ ทับทิมโต)

หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น รักษาการแทน

ห้องเลขที่ ๓๑๖



ที่ สอ.ปค.(สส.) ว ๑๕๗๕ / ๒๕๕๘

สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด
๖๘/๙-๑๑ ถนนราชบพิธ เขตพระนคร
กทม. ๑๐๒๐๐

๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๘

เรื่อง โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐

เรียน ท้องถิ่นจังหวัด ทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐
จำนวน ๑ ชุด
๒. ใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐
จำนวน ๑ ชุด
๓. ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสหกรณ์ของบริษัท กรุงเทพ- แอวกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
จำนวน ๑ ชุด
๔. แบบฟอร์มการชำระเงิน (Bill Payment) จำนวน ๑ ชุด

ตามที่สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ได้จัดทำโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ ซึ่งความคุ้มครองตามโครงการดังกล่าว จะสิ้นสุดลงในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ และสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ได้คัดเลือกบริษัท กรุงเทพ- แอวกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้รับผิดชอบโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ โดยความคุ้มครองเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ นั้น

ในการนี้ สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จึงขอความร่วมมือจากท่าน ได้โปรดประชาสัมพันธ์รายละเอียดของโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ ให้สมาชิกทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

๑. สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะจัดทำประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ให้สมาชิกในวงเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท สำหรับสมาชิกที่ปฏิบัติหน้าที่ใน ๓ จังหวัดชายแดนภาคใต้ และ ๔ อำเภอ ในจังหวัดสงขลา ได้แก่ อำเภอจะนะ, อำเภอเทพา, อำเภอนาทวี และอำเภอสะบ้าย้อย จะได้รับความคุ้มครองเพิ่มอีก ๑ กรมธรรม์ ตามที่สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ กำหนด ตั้งแต่วันที่ระบุให้ย้ายเข้าพื้นที่ตามหนังสือของทางราชการ

๒. กรณีสมาชิกมีความประสงค์ขอเพิ่มวงเงินของตนเอง สมาชิกจะต้องชำระค่าเบี้ยประกันเพิ่มเติม โดยสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะหักจากเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน ประจำปี ๒๕๕๘

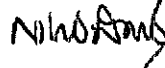
๓. กรณีสมาชิกมีความประสงค์จะทำประกันให้แก่คู่สมรส, บิดา, มารดา และบุตร ซึ่งในปีนี้ สมาชิกจะต้องชำระค่าเบี้ยประกันที่ทำให้แก่คู่สมรส, บิดา, มารดา และบุตร เป็นเงินสด หรือโอนเงินผ่านระบบ Bill Payment และเลือกรหัสวัตถุประสงค์ ๐๐๖ ชำระค่าเบี้ยประกัน เพื่อเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ - ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๘ และเมื่อดำเนินการแล้ว โปรดแจ้งรายชื่อสมาชิก และแนบสำเนาใบโอนเงินของธนาคาร ให้สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ทราบด้วย หากสมาชิกไม่ชำระเงินค่าเบี้ยประกันตามระยะเวลาที่กำหนด สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะยกเลิกการทำประกันชีวิตของบุคคลดังกล่าว

/สมาชิก...

สมาชิกที่มีความประสงค์ทำประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ เพิ่มเติมให้กับตนเองและบุคคลในครอบครัว จะต้องกรอกรายละเอียดใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ และโปรดรวบรวมเอกสารส่งคืนสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๙ ทั้งนี้ สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะถือเอาวันและเวลาที่ไปรษณีย์ต้นทางลงรับเป็นสำคัญ และขอได้โปรดให้เจ้าหน้าที่กำกับผู้ที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการฯ หากไม่สามารถส่งเอกสารทันภายในกำหนดเวลา จะถือว่าไม่ประสงค์ทำประกันชีวิตเพิ่มเติมให้กับตนเอง รวมทั้งบุคคลในครอบครัวและขอให้ศึกษารายละเอียดของโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ ให้รอบคอบก่อนลงลายมือชื่อในใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ รายละเอียดโครงการฯ สมาชิกสามารถดาวน์โหลดใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ ได้ที่เว็บไซต์สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ www.codopa.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ



(นายดลเดช พัฒนรัฐ)

รองประธานกรรมการ ปฏิบัติหน้าที่แทน

ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์กรรมการปกครอง จำกัด

รายละเอียดโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐

โดยบริษัท กรุงไทย- แอชซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้รับผิดชอบโครงการประกันชีวิตฯ

ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ได้แก่

๑. สมาชิก
๒. คู่สมรสของสมาชิก
(กรณีสามี/ภรรยาต่างเป็นสมาชิก การขอเพิ่มวงเงินคุ้มครองให้สมาชิกแต่ละรายยื่นความจำนงด้วยตนเอง)
๓. บิดาและมารดาของสมาชิก
๔. บุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของสมาชิก
(กรณีบิดา/มารดาของบุตรต่างเป็นสมาชิก บิดา/มารดา สามารถยื่นใบสมัครประกันชีวิตฯ ให้กับบุตร ซึ่งบุตรที่จะสมัครโครงการประกันชีวิตฯ ต้องไม่ซ้ำกัน)

รายละเอียดของโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐

๑. ความคุ้มครอง มีผลบังคับ ๒ ปี โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ ยกเว้น สมาชิกออกจากสหกรณ์ หรือถึงแก่กรรมระหว่างปี คู่สมรส บิดา/มารดา บุตรของสมาชิก จะได้รับสิทธิคุ้มครองจากบริษัทฯ จนถึงสิ้นปีนั้น)
๒. วงเงินความคุ้มครอง ผู้เข้าร่วมโครงการฯ สามารถเลือกซื้อวงเงินเพิ่มความคุ้มครองประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ดังนี้

๒.๑ สมาชิกสหกรณ์ฯ ตั้งแต่วงเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท วงเงินความคุ้มครอง ๑๐๐,๐๐๐ บาท แรก สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันให้สมาชิกทุกราย

๒.๒ คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร ตั้งแต่วงเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท ยกเว้น คู่สมรส บิดา/มารดา และบุตรของสมาชิก ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ สามารถสมัครทำประกันได้ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก

๓. การชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต

๓.๑ ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ชำระค่าเบี้ยประกันเป็นรายปี

๓.๒ ค่าเบี้ยประกันชีวิตกรณีสมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันจากเงินปันผล - เงินเฉลี่ยคืน ประจำปี ๒๕๕๘ และ ปี ๒๕๕๙ และหากไม่เพียงพอจะเรียกเก็บจากเงินได้รายเดือนของสมาชิก

๓.๓ สมาชิกที่ถูกอายัดเงินปันผล - เงินเฉลี่ยคืน ขอให้สมาชิกชำระค่าเบี้ยประกัน โดยโอนเงินผ่านระบบ Bill Payment ของธนาคาร และเลือกรหัสวัตถุประสงค์ ๐๐๖ ชำระค่าเบี้ยประกันเพื่อเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ และเมื่อดำเนินการแล้ว โปรดแจ้งรายชื่อบุคคลและแนบสำเนาใบโอนเงินของธนาคารให้สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ทราบด้วย หากสมาชิกไม่ส่งเงินมาชำระตามกำหนดระยะเวลา สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ขอสงวนสิทธิไม่รับเข้าโครงการฯ

๓.๔ กรณีผู้เข้าร่วมโครงการฯ เป็นคู่สมรส, บิดา, มารดา และบุตร ในปีนี้สมาชิกจะต้องชำระค่าเบี้ยประกันเพิ่มเติม ด้วยตนเองเป็นเงินสด โดยโอนเงินผ่านระบบ Bill Payment ของธนาคาร และเลือกรหัสวัตถุประสงค์ ๐๐๖ ชำระค่าเบี้ยประกันเพื่อเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ตั้งแต่วันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๘ ส่งมาพร้อมใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ (หากไม่ส่งเงินค่าเบี้ยประกันพร้อมใบสมัครฯ จะถือว่าไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการฯ และสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะยกเลิกการทำประกันชีวิตของบุคคลดังกล่าวและไม่ต้องแจ้งให้ทราบ

/๔. เสร็จสิ้นในการ...

๔. เงื่อนไขในการรับประกันของผู้เข้าร่วมโครงการฯ

๔.๑ อายุของผู้เข้าร่วมโครงการฯ

๔.๑.๑ อายุตั้งแต่ ๒๐ ปี แต่ไม่เกิน ๘๕ ปี บริบูรณ์ (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๙) สำหรับสมาชิก บิดา/มารดา คู่สมรสของสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ (เดิม) และสมัครทำประกันชีวิตฯ ต่อเนื่องในโครงการนี้

๔.๑.๒ อายุตั้งแต่ ๒๐ ปี แต่ไม่เกิน ๗๐ ปีบริบูรณ์ (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๙) สำหรับสมาชิก บิดา/มารดา คู่สมรสของสมาชิกที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ (เดิม)

๔.๑.๓ อายุตั้งแต่ ๑๔ วัน แต่ไม่เกิน ๒๐ ปีบริบูรณ์ (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๙) สำหรับบุตรของสมาชิก และยังไม่ได้สมรสตามกฎหมาย

๔.๒ การแถลงสุขภาพ การตอบแบบสอบถามในใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันชีวิตกลุ่ม แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพของบริษัท กรุงเทพ- แอช่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) แบ่งตามประเภทผู้เข้าร่วมโครงการ ดังนี้

๔.๒.๑ สมาชิก มีรายละเอียดดังนี้

ก. กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ

- สมาชิกเดิม หรือผู้กู้เดิม (ผู้ที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘) ทำประกันต่อเนื่องในทุนประกันเดิม

- สมาชิกเดิม หรือผู้กู้เดิม หรือสมาชิกที่สมัครเข้าใหม่ ที่มีอายุไม่เกิน ๗๐ ปีบริบูรณ์ ขอเพิ่มหรือซื้อวงเงินคุ้มครองไม่เกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท

ข. กรณีแถลงสุขภาพ

- สมาชิกเดิม หรือผู้กู้เดิม (ผู้ที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘) หรือสมาชิกที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ ขอเพิ่มหรือซื้อวงเงินคุ้มครองเกินกว่า ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท

- สมาชิกเดิมที่มีอายุเกิน ๗๐ ปี ซึ่งเข้าร่วมโครงการต่อเนื่องและขอเพิ่มความคุ้มครองจากวงเงินเดิม

สมาชิกที่ได้กู้เงินสามัญ ซึ่งต้องทำประกันชีวิตฯ ตามระเบียบว่าด้วยการให้เงินกู้แก่สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะดำเนินการจัดทำประกันชีวิตต่อเนื่องตามวงเงินที่สมาชิกได้ทำสัญญาเงินกู้สามัญให้กับสมาชิกดังกล่าวทุกราย โดยจะเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันจากเงินปันผล - เงินเฉลี่ยคืนของสมาชิกนั้น

๔.๒.๒ คู่สมรสของสมาชิก มีรายละเอียดดังนี้

ก. กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ

- คู่สมรสเดิม (ผู้ที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘) ทำประกันต่อเนื่องในทุนประกันเดิม

- คู่สมรสที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ (อายุ ๒๐ - ๗๐ ปี) ซึ่งเข้าร่วมโครงการเป็นครั้งแรก และสามารถทำประกันได้ไม่เกิน

ทุนประกันของสมาชิก

/ข. กรณีแถลงสุขภาพ...

ข. กรณีแถลงสุขภาพ

- คู่สมรสเดิม ขอเพิ่มวงเงินคุ้มครองจากวงเงินเดิม และทำประกันเพิ่มได้ไม่เกิน
ทุนประกันของสมาชิก

๔.๒.๓ บิดา/มารดาของสมาชิก มีรายละเอียดดังนี้

ก. กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ

- บิดา/มารดาเดิม (ผู้ที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่
ประจำปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘) ทำประกันต่อเนื่องในทุนประกันเดิม

ข. กรณีแถลงสุขภาพ

- บิดา/มารดาเดิม ขอเพิ่มวงเงินคุ้มครองจากวงเงินเดิม และทำประกันเพิ่มได้
ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก

- บิดา/มารดาที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่
ประจำปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ (อายุ ๒๐ - ๗๐ ปี) ซึ่งเข้าร่วมโครงการเป็นครั้งแรก และสามารถทำประกันได้ไม่เกิน
ทุนประกันของสมาชิก

๔.๒.๔ บุตรของสมาชิก ไม่ต้องแถลงสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

- บุตรเดิม (ผู้ที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๗-๒๕๕๘)
ทำประกันต่อเนื่องในทุนประกันเดิมหรือขอเพิ่มความคุ้มครองจากวงเงินเดิม และทำประกันเพิ่มได้ไม่เกิน
ทุนประกันของสมาชิก

- บุตรที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘
(อายุ ๑๔ วัน - ๒๐ ปี) ซึ่งเข้าร่วมโครงการเป็นครั้งแรก และสามารถทำประกันได้ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก

๕. คู่สมรส บิดา/มารดา บุตรของสมาชิกที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่
ประจำปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ ซึ่งสมัครทำประกันชีวิตฯ ในโครงการนี้ จะต้องมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง
ไม่เป็นโรคร้ายแรง ณ วันเริ่มทำประกัน

๖. ผู้เข้าร่วมโครงการฯ จะต้องแถลงสุขภาพตามความเป็นจริงพร้อมลงลายมือชื่อด้วยตนเอง
ในใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันชีวิตกลุ่ม (แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพของบริษัท กรุงเทพ- แอ็กซ่า
ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) การแถลงสุขภาพเป็นเท็จหรือปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ ย่อมเป็นเหตุให้บริษัท
ประกันฯ มีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันฯ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์
มาตรา ๘๖๕

๗. ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ที่มีการแถลงสุขภาพตามแบบฟอร์มบริษัทฯ และบริษัทฯ มีสิทธิพิสูจน์สาเหตุ
การตาย และหากผู้เข้าร่วมโครงการฯ ปกปิดสาเหตุแห่งการเจ็บป่วยซึ่งเป็นมาก่อนการทำประกัน
บริษัทฯ มีสิทธิที่จะปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทน ภายในระยะเวลา ๑ ปี นับจากวันที่มีผลบังคับคุ้มครอง
และบริษัทฯ จะมีเพียงจ่ายคืนค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้ชำระแล้ว

๘. ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ที่มีการแถลงสุขภาพ จะต้องส่งใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันชีวิตกลุ่ม
(แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพของบริษัท กรุงเทพ- แอ็กซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) มาพร้อมกับใบสมัครเข้า
ร่วมโครงการฯ มิฉะนั้นบริษัทฯ จะไม่พิจารณารับเข้าร่วมโครงการฯ

๙. ผลประโยชน์และความคุ้มครองของผู้เข้าร่วมโครงการฯ (ตามตารางผลประโยชน์ฯ หน้า ๔)

๑๐. ราคาเบี้ยประกันชีวิตตามวงเงินความคุ้มครองของผู้เข้าร่วมโครงการฯ
(ตามตารางค่าเบี้ยประกันฯ หน้า ๕)

/ ตารางผลประโยชน์ฯ

ตารางผลประโยชน์และความคุ้มครอง
โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐

ผลประโยชน์และความคุ้มครอง	ทุนประกัน (บาท)
๑. การประกันชีวิต คุ้มครองเสียชีวิตทุกกรณี ตลอดเวลา ๒๔ ชม. ทุกสถานที่ทั่วโลก ยกเว้น ฆ่าตัวตายในปีแรก 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 โดยต้องตัดออกไปที่หรือเหนือโคน นิ้ว	๒๕,๐๐๐
ขยายความคุ้มครอง	
๑. อุบัติเหตุสาธารณะภัย (โดยสาธารณไฟ รถประจำทาง ลิฟท์ ไฟไหม้ โรงแรม โรงมหรสพ หรืออาคารสาธารณะ)	๒๐๐,๐๐๐
๒. ฆาตกรรม หรือ ถูกลอบทำร้าย	๑๐๐,๐๐๐
๓. การขับขีโดยสารรถจักรยานยนต์	๑๐๐,๐๐๐
๓. ประกันทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง กรณีเจ็บป่วย หรือประสบอุบัติเหตุ (จ่ายงวดเดียว)	๑๐๐,๐๐๐

หมายเหตุ ** ตารางผลประโยชน์และความคุ้มครอง สามารถคำนวณได้ตามวงเงินคุ้มครองที่เพิ่มเติม
ของผู้เข้าร่วมโครงการฯ แล้วแต่กรณีของวงเงินที่เอาประกัน **

/ ตารางราคาค่าเบี้ยฯ

ตารางราคาค่าเบี้ยประกันโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่
ประจำปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐

วงเงินคุ้มครอง (ราคา/ปี)	ผู้เข้าร่วมโครงการ			
	สมาชิก	คู่สมรส	บิดา/มารดา	บุตร
๑๐๐,๐๐๐	(สวัสดิการ)	๕๘๑	๒,๘๐๐	๓๗๕
๒๐๐,๐๐๐	๕๓๕	๑,๑๖๒	๕,๖๐๐	๗๕๐
๓๐๐,๐๐๐	๑,๐๗๐	๑,๗๔๓	๘,๔๐๐	๑,๑๒๕
๔๐๐,๐๐๐	๑,๖๐๕	๒,๓๒๔	๑๑,๒๐๐	๑,๕๐๐
๕๐๐,๐๐๐	๒,๑๔๐	๒,๙๐๕	๑๔,๐๐๐	๑,๘๗๕
๖๐๐,๐๐๐	๒,๖๗๕	๓,๔๘๖	๑๖,๘๐๐	๒,๒๕๐
๗๐๐,๐๐๐	๓,๒๑๐	๔,๐๖๗	๑๙,๖๐๐	๒,๖๒๕
๘๐๐,๐๐๐	๓,๗๔๕	๔,๖๔๘	๒๒,๔๐๐	๓,๐๐๐
๙๐๐,๐๐๐	๔,๒๘๐	๕,๒๒๙	๒๕,๒๐๐	๓,๓๗๕
๑,๐๐๐,๐๐๐	๔,๘๑๕	๕,๘๑๐	๒๘,๐๐๐	๓,๗๕๐
๑,๑๐๐,๐๐๐	๕,๓๕๐	-	-	-
๑,๒๐๐,๐๐๐	๕,๘๘๕	-	-	-
๑,๓๐๐,๐๐๐	๖,๔๒๐	-	-	-
๑,๔๐๐,๐๐๐	๖,๙๕๕	-	-	-
๑,๕๐๐,๐๐๐	๗,๔๙๐	-	-	-
๑,๖๐๐,๐๐๐	๘,๐๒๕	-	-	-
๑,๗๐๐,๐๐๐	๘,๕๖๐	-	-	-
๑,๘๐๐,๐๐๐	๙,๐๙๕	-	-	-
๑,๙๐๐,๐๐๐	๙,๖๓๐	-	-	-
๒,๐๐๐,๐๐๐	๑๐,๑๖๕	-	-	-

หมายเหตุ ๑. สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ วงเงินคุ้มครอง ๑๐๐,๐๐๐.- บาท แรก สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จ่ายให้สมาชิก
๒. กรุณาส่งใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตฯ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ ภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘
และสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะถือเอาวันและเวลาที่ไปรษณีย์ต้นทางลงรับเป็นสำคัญ หากพ้นกำหนดจะไม่รับพิจารณาใบสมัครฯ



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่

ประจำปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐

สมาชิกเลขที่

ชื่อ - นามสกุล วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน ---- สังกัด/กรม

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

คำชี้แจง กรุณาอ่านรายละเอียดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขโครงการฯ โดยละเอียด พร้อมศึกษาตัวอย่างใบสมัครก่อนและกรอกข้อความให้ถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ และเลือกวงเงินคุ้มครองของสมาชิกและบุคคลในครอบครัว (กรอกรายละเอียดตัวบรรจง)

สมาชิก (วงเงินคุ้มครองตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ - ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท)	
วงเงินคุ้มครอง บาท	
บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร วงเงินคุ้มครองตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ - ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท	
(กรุณาระบุ วัน เดือน ปี (เกิด) ตามบัตรประชาชน)	
บิดา (ชื่อ - สกุล)	
วัน เดือน ปี (เกิด)	อายุ.....ปี
วงเงินคุ้มครอง บาท	
ใบคำขอเอาประกันภัยฯ (บมจ. กรุงเทพ - แอกร้า) แกลง <input type="checkbox"/> ไม่แกลง <input type="checkbox"/>	
มารดา (ชื่อ - สกุล)	
วัน เดือน ปี (เกิด)	อายุ.....ปี
วงเงินคุ้มครอง บาท	
ใบคำขอเอาประกันภัยฯ (บมจ. กรุงเทพ - แอกร้า) แกลง <input type="checkbox"/> ไม่แกลง <input type="checkbox"/>	
คู่สมรส (ชื่อ - สกุล)	
วัน เดือน ปี (เกิด)	อายุ.....ปี
วงเงินคุ้มครอง บาท	
ใบคำขอเอาประกันภัยฯ (บมจ. กรุงเทพ - แอกร้า) แกลง <input type="checkbox"/> ไม่แกลง <input type="checkbox"/>	
บุตร (ชื่อ - สกุล) / วัน เดือน ปี (เกิด) / อายุ / วงเงินคุ้มครอง	
๑..... / /ปี/ วงเงิน	
๒..... / /ปี/ วงเงิน	
๓..... / /ปี/ วงเงิน	
๔..... / /ปี/ วงเงิน	
ใบคำขอเอาประกันภัยฯ (บมจ. กรุงเทพ - แอกร้า) แกลง <input type="checkbox"/> ไม่แกลง <input type="checkbox"/>	

ข้อควรทราบ

ผู้ที่เข้าร่วมโครงการฯ ประจำปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐

- ต่อเนื่อง (จากโครงการประกันชีวิตฯ ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘)

(สมัครได้ตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี - ๘๕ ปีบริบูรณ์)

- สมัครใหม่

(สมัครได้ตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี - ๗๐ ปีบริบูรณ์เท่านั้น)

ค่าเบี้ยประกัน

สมาชิก บาท/ปี

คู่สมรส บาท/ปี

บิดา บาท/ปี

มารดา บาท/ปี

บุตร.....คน บาท/ปี

รวมเป็นเงิน..... บาท/ปี

หากเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนประจำปีไม่พอหักเงินค่าเบี้ยประกันฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้ส่วนราชการหักจากเงินได้รายเดือน

ลายมือชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิกเลขที่

ลายมือชื่อ ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง

หมายเหตุ ๑. หากเขตยื่นใบสมัครภายในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๘ ทั้งนี้ จะถือเอาวันและเวลาที่ไปรษณีย์ต้นทางลงรับเป็นสำคัญ หากพ้นกำหนดเวลาจะถือว่าไม่ประสงค์ทำประกันชีวิตเพิ่มเติมให้กับตนเองรวมทั้งทำประกันชีวิตให้กับบุคคลในครอบครัว

๒. ดูรายละเอียดของโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ และดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ www.codopa.com



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 2034/116-123, 136-143 อาคารอิตัลไทย ทาวเวอร์ ชั้น 27-28, 32-33
 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
 โทร. 0-2723-4000 โทรสาร 0-2723-4032
 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 _____
- สมาชิกของ _____ มิได้กู้เงินกับ _____
 ได้กู้เงินไว้กับ _____ เลขที่คำขอกู้ _____ จำนวนเงินกู้ _____ บาท
- ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ _____ ชื่อหมู่บ้าน / อาคาร _____ ซอย _____
 ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____
 จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____
- แบบประกันภัยที่ต้องการ

แผนประกันภัย	ความคุ้มครอง

5. ผู้รับผลประโยชน์ _____ ความสัมพันธ์ _____

- | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------|
| 6. ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการต่ออายุกรมธรรม์ชีวิตใดๆ ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณาหรือเพิกเฉยประกันภัยหรือมีข้อจำกัดหรือแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 7. ท่านเคยเป็นวัณโรค โรคกระเพาะ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือ โรคเกี่ยวกับสมองหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 8. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุราหรือสิ่งเมาหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |
| 9. ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยปรึกษาแพทย์ เข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาด้านในสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือสถาบันใดที่คล้ายคลึงกันหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ไม่เคย | <input type="checkbox"/> เคย |

หากตอบคำถามใน ข้อ 6 - 9 เป็นคำตอบรับว่า "เคย" โปรดกรอกแบบสอบถามแสดงสุขภาพด้านล่างเพิ่มเติม

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

6. ปัจจุบันท่านยังคงได้รับการรักษาหรือไม่ ถ้ายังได้รับการรักษา ไปพบแพทย์ทุก เดือน หรือ โดยวิธี
 ถ้าหยุดแล้ว ตั้งแต่เมื่อใด
 อาการปัจจุบันเป็นอย่างไร

7. กรณีเป็นเบาหวาน กรุณาระบุระดับน้ำตาลครั้งแรกที่ตรวจรักษา
 และระดับน้ำตาลปัจจุบัน
 กรณีเป็นความดันโลหิตสูง กรุณาระบุค่าความดันปัจจุบัน / mmHg
 กรณีท่านดื่มสุรา ท่านดื่มบ่อยแค่ไหน จำนวนแก้วที่ดื่มต่อวัน

การให้ถ้อยคำ การให้ความยินยอม และการมอบอำนาจ

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

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

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

นายหน้า/ตัวแทนได้ตรวจสอบต้นฉบับของเอกสารแสดงตนของผู้ขอเอาประกันภัย และเห็นว่าตรงกับสำเนารูปถ่ายเอกสารที่ส่งมอบให้แก่บริษัท

ลงชื่อ ()
 พยาน

ลงชื่อ ()
 พยาน

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