



ที่ พร ๐๐๒๓.๕/วศ๗๖๖

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
จังหวัดแพร่
ถนนราษฎร์อุทิศ พร ๕๔๐๐๐

๗ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๗

เรียน ท้องถิ่นอำเภอทุกอำเภอ (ยกเว้นอำเภอลอง และอำเภอวังชิ้น)

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ที่ สอ.ปค. (สภ.) ว ๓๖๘๖/๒๕๖๖
ลงวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด แจ้งว่าตามที่ได้จัดทำโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ ซึ่งความคุ้มครองตามโครงการดังกล่าวจะสิ้นสุดลงในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖

ในการนี้ สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ได้จัดทำโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๗ โดยคัดเลือกบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้ร่วมโครงการ ระยะเวลาคุ้มครองเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ จึงประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ในสังกัดได้รับทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

๑. สมาชิกทุกคนจะได้รับความคุ้มครองตามโครงการในวงเงินเอาประกัน ๑๐๐,๐๐๐.- บาท โดยสหกรณ์เป็นผู้ออกค่าเบี้ยประกันให้ (ภาคสวัสดิการ)

๒. สมาชิกที่มีความประสงค์จะเพิ่มวงเงินเอาประกันของตนเองให้สูงขึ้นหรือประสงค์จะทำประกันให้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตร ซึ่งสมาชิกจะต้องเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันเอง (ภาคสมัครใจ) สามารถสมัครเข้าร่วมโครงการได้โดยศึกษารายละเอียดโครงการอย่างรอบคอบให้ชัดเจน แล้วกรอกใบสมัครเข้าร่วมโครงการ และเอกสารประกอบให้ครบถ้วน ส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ทั้งนี้ จะถือเอาวันและเวลาที่ไปรษณีย์ต้นทางรับฝากเป็นสำคัญ หากพ้นกำหนดดังกล่าวจะถือว่าสมาชิกไม่ประสงค์ที่จะเพิ่มวงเงินเอาประกันของตนเองหรือบุคคล ในครอบครัวตามที่ระบุ

๓. สมาชิกสามารถศึกษารายละเอียดโครงการได้ตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้และที่เว็บไซต์ของสหกรณ์ www.codopa.com พร้อมสามารถทวนใจเคล็ดใบสมัครและเอกสารประกอบได้เช่นเดียวกัน รายละเอียด

ทั้งนี้ ขอให้ประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ในสังกัดทราบ และส่งใบสมัครให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดแพร่ ภายในวันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๖ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายต่อพงษ์ ทัญทิสมิต)

ท้องถิ่นจังหวัดแพร่

กลุ่มงานการเงินบัญชีและการตรวจสอบ

โทร.๐-๕๔๕๓-๔๑๑๙ ต่อ ๕๐๔

โทรสาร.๐-๕๔๕๓-๔๑๑๙ ต่อ ๑๐๗

ผู้ประสานงาน นางจิราภา เจริญจิตต์ โทร ๐๘๓-๘๖๑๐๐๓๕

กจ.



| |
|--|
| สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด |
| เลขที่..... 346 |
| วันที่..... 20 ก.ย. 2566 |
| เวลา..... |

ที่ สอ.ปค.(สก.)ว ๓๖๖/๒๕๖๖

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

๒๑ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๗

เรียน ท้องถิ่นจังหวัด ทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สรุปข้อมูลโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๗
๒. ใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๗

ตามที่สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ได้จัดทำโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ ซึ่งความคุ้มครองตามโครงการดังกล่าวจะสิ้นสุดลงในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ นั้น

ในการนี้ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ได้จัดทำโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๗ โดยคัดเลือกบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้ร่วมโครงการ ระยะเวลาความคุ้มครอง เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดประชาสัมพันธ์ ให้สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ในสังกัด ได้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

๑. สมาชิกทุกคนจะได้รับความคุ้มครองตามโครงการในวงเงินเอาประกัน ๑๐๐,๐๐๐ บาท โดยสหกรณ์เป็นผู้ออกค่าเบี้ยประกันให้ (ภาคสวัสดิการ)

๒. สมาชิกที่มีความประสงค์จะเพิ่มวงเงินเอาประกันของตนเองให้สูงขึ้นหรือประสงค์จะทำประกันให้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตร ซึ่งสมาชิกจะต้องเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันเอง (ภาคสมัครใจ) สามารถสมัครเข้าร่วมโครงการได้โดยศึกษารายละเอียดโครงการอย่างรอบคอบให้ชัดเจน แล้วกรอกใบสมัครเข้าร่วมโครงการ และเอกสารประกอบให้ครบถ้วน ให้เจ้าหน้าที่รวบรวมส่งให้สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ทั้งนี้ จะถือเอาวันและเวลาที่ไปรษณีย์ต้นทางรับฝากเป็นสำคัญ หากพ้นกำหนดดังกล่าว จะถือว่าสมาชิกไม่ประสงค์ที่จะเพิ่มวงเงินเอาประกันของตนเองหรือบุคคลในครอบครัวตามที่ระบุ

๓. สมาชิกสามารถศึกษารายละเอียดโครงการได้ตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้และที่เว็บไซต์ของสหกรณ์ www.codopa.com พร้อมสามารถดาวน์โหลดใบสมัครและเอกสารประกอบได้เช่นเดียวกัน

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ร้อยตำรวจโท

(ภพชนก ชลานุเคราะห์)

รองประธานกรรมการ ปฏิบัติหน้าที่แทน
ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด

ฝ่ายสวัสดิการ

โทร. ๐-๒๖๒๒-๑๖๐๔-๗ ต่อ ๑๑, ๑๕ โทรสาร ต่อ ๑๑



สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด
 68/9 - 11 ถนนราชบพิธ แขวงวัดราชพิธ
 เขตพระนคร กทม. 10200
 ที่ สอ.ปก (สก.) ว 3661 /2566

ชำระค่าฝากส่งเป็นรายเดือน
 ใบอนุญาตเลขที่ 008/2539
 ปทผ.มหาดไทย

เรียน
 ที่องที่นงจังหวัด นนท
 สาลากลางจังหวัดนนท 54000

EMS *ปรสนนยถวณพทศ*
 นำอชผู้รับ ถง 1๗.๑๒๓๓
 วันท 12.00น. 16.30น.
 20.30น.



EH 3927 1796 3 TH

**โครงการประกันชีวิตและ
 อุบตเหตุหมู่ประจำปี 2567**

โครงการประกันชีวิตและอุบตเหตุหมู่ ประจำปี 2567 ความค้มครอง 1 ปี (1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2567)

1. ภาคสวัสดิการ สมาชิกทุกคนได้ความค้มครองวงเงิน 1 แสนบาท (สหกรณ์ฯ ออค่าเบี่ยประกันให้)
2. ภาคสมัครใจ สมาชิกเพิ่มวงเงินค้มครองให้ตนเองได้อีกตั้งแต่ 1 แสน ถึง 2 ล้าน 2 แสนบาท โดยชำระค่าเบี่ยประกันเอง
3. สมาชิกทำให บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรได้ วงเงินค้มครองตั้งแต่ 1 แสน ถึง 1 ล้านบาท โดยชำระค่าเบี่ยประกันเอง และไม่ต้องค่านึงถึงวงเงินค้มครองของตัวสมาชิกเอง
4. ส่งใบสมัครฉบับจริง พร้อมใบแถลงสุขภาพฉบับจริง (กรณีต้องแถลงสุขภาพให้ 1 คน ต่อ 1 ฉบับ) ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2566
5. สมาชิกที่ประสงค์รับความค้มครองเฉพาะภาคสวัสดิการวงเงินค้มครอง 1 แสนบาท ไม่ต้องส่งใบสมัคร ส่วนสมาชิกภาคสมัครใจ ที่ขอเพิ่มวงเงินค้มครองตนเอง และหรือสมัครให้ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ไม่วาสมัครใหม่หรือต่อเนือง ต้องส่งใบสมัครทุกราย

| ภาคสมัครใจ | สมัครใหม่ | สมัครต่อเนืองจากโครงการเดิม | หมายเหตุ |
|------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| สมาชิก | อายุ 20 - ไมเกิน 70 ปี | อายุไมเกิน 85 ปี | ณ วันที่ 1 มกราคม 2567 |
| บิดา/มารดา | อายุ 20 - ไมเกิน 70 ปี | อายุไมเกิน 85 ปี | |
| คู่สมรส | อายุ 20 - ไมเกิน 70 ปี | อายุไมเกิน 85 ปี | |
| บุตร | อายุ 14 วัน - ไมเกิน 20 ปี | อายุไมเกิน 25 ปี | |



สรุปข้อมูลโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๗

๑. ระยะเวลาความคุ้มครองเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗
๒. สมาชิกทุกคนได้รับความคุ้มครองตามโครงการวงเงินคนละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท โดยสหกรณ์ฯ เป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันให้สมาชิก (เรียกว่าภาคสวัสดิการ)
๓. สมาชิกที่มีความประสงค์จะเพิ่มวงเงินเอาประกันของตนเองให้สูงขึ้นหรือประสงค์จะทำประกันให้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตร ซึ่งสมาชิกจะต้องเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันเอง (เรียกว่าภาคสมัครใจ) สามารถสมัครเข้าร่วมโครงการได้โดยศึกษารายละเอียดโครงการอย่างรอบคอบ ให้ชัดเจน แล้วกรอกใบสมัครเข้าร่วมโครงการและเอกสารประกอบให้ครบถ้วน ส่งให้สหกรณ์ฯ ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สหกรณ์ฯ จะถือเอาใบสมัครฉบับจริงที่สมาชิกลงลายมือชื่อชื่อและเอกสารประกอบฉบับจริงเป็นสำคัญ
 - สมาชิกเพิ่มวงเงินของตนเองได้ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท และสูงสุดไม่เกิน ๒๐๐,๐๐๐ บาท (เพิ่มขึ้นละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท) โดยไม่เกี่ยวข้องกับวงเงินภาคสวัสดิการตามข้อ ๑
 - สมาชิกทำประกันให้แก่บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ได้ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท และสูงสุดไม่เกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท (เพิ่มขึ้นละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท) โดยไม่เกี่ยวข้องกับวงเงินเอาประกันของตัวเอง
๔. สมาชิกที่เพิ่มวงเงินประกันของตนเองให้สูงขึ้นหรือประสงค์จะทำประกันให้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตร กระบวนการดำเนินการสมัครต้องเสร็จสิ้นก่อนกรมธรรม์เริ่มมีผลคุ้มครอง วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๗) เมื่อกรมธรรม์เริ่มมีผลแล้วจะสมัครเพิ่มเติมระหว่างปี ๒๕๖๗ ไม่ได้อีกต่อไป
๕. อายุของผู้เอาประกัน (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๗)
 - ๕.๑ สมาชิก ไม่เกิน ๗๐ ปีบริบูรณ์ ยกเว้นสมาชิกที่ทำประกันต่อเนื่องจากโครงการเดิม ไม่เกิน ๘๕ ปี
 - ๕.๒ บุตร ไม่น้อยกว่า ๑๔ วัน ไม่เกิน ๒๐ ปีบริบูรณ์ ยกเว้นผู้ที่ทำประกันต่อเนื่องจากโครงการเดิม ไม่เกิน ๒๕ ปี
 - ๕.๓ บิดา มารดา คู่สมรส ไม่เกิน ๗๐ ปีบริบูรณ์ ยกเว้นผู้ที่ทำประกันต่อเนื่องจากโครงการเดิม ไม่เกิน ๘๕ ปี

๖. การแถลงสุขภาพ

๖.๑ ภาคสวัสดิการ วงเงินเอาประกัน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ที่สหกรณ์ฯ ออกค่าเบี้ยประกันให้สมาชิกทุกคน ไม่มีการแถลงสุขภาพ

๖.๒ ภาคสมัครใจ

๖.๒.๑ สมาชิกทำวงเงินคุ้มครองเท่าเดิมหรือต่ำกว่าเดิม หรือทำประกันให้บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ตามวงเงินคุ้มครองเท่าเดิมหรือต่ำกว่าเดิม ต่อเนื่องจากโครงการเดิม ไม่ต้องแถลงสุขภาพ

๖.๒.๒ สมาชิกที่เคยทำวงเงินคุ้มครองสูงกว่าภาคสวัสดิการ หรือทำประกันให้บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ในโครงการเดิม หากไม่สมัครเข้าร่วมโครงการฯ ประจำปี ๒๕๖๗ นี้ จะต้องเริ่มแถลงสุขภาพใหม่ในโครงการปีต่อไป

๖.๒.๓ สมาชิกทำวงเงินคุ้มครองสูงกว่าเดิม หรือทำประกันให้บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ในวงเงินคุ้มครองสูงกว่าเดิม ต่อเนื่องจากโครงการเดิม ต้องแถลงสุขภาพโดยกรอกใบแถลงสุขภาพของแต่ละคนทุกคน

๖.๒.๔ สมาชิกเริ่มทำวงเงินคุ้มครองสูงกว่าภาคสวัสดิการเป็นครั้งแรก หรือสมัครทำประกันให้บิดา มารดา คู่สมรส บุตร เป็นครั้งแรก สมาชิก บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ต้องแถลงสุขภาพโดยกรอกใบแถลงสุขภาพของแต่ละคนทุกคน

หมายเหตุ กรณีตาม ๖.๒.๓ และ ๖.๒.๔ หากมีการถึงแก่กรรมในปี ๒๕๖๗ บริษัทประกันมีสิทธิปฏิเสธสินไหมเฉพาะส่วนที่เพิ่มวงเงินหรือทั้งหมดและคืนเบี้ยประกันเฉพาะส่วนหรือปฏิเสธสินไหมและคืนเบี้ยประกันทั้งหมด แล้วแต่กรณี

๖.๒.๕ การแถลงสุขภาพ จะต้องแถลงสุขภาพตามความเป็นจริงพร้อมลงลายมือชื่อด้วยตนเองในใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม (แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพของบริษัท) ห้ามแถลงเท็จหรือบิดเบือนข้อเท็จจริงใดๆ ซึ่งจะเป็นเหตุให้บริษัทปฏิเสธค่าสินไหมทดแทนได้

สมาชิกที่ประสงค์รับความคุ้มครองเฉพาะภาคสวัสดิการวงเงินคุ้มครอง ๑๐๐,๐๐๐ บาท

ซึ่งสหกรณ์ฯ ออกค่าเบี้ยประกันให้ ไม่ต้องส่งใบสมัคร

ส่วนสมาชิกภาคสมัครใจที่ขอเพิ่มวงเงินคุ้มครองตนเอง และหรือสมัครให้ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ไม่ว่าจะสมัครใหม่หรือต่อเนื่อง ต้องส่งใบสมัครทุกราย

สมาชิกสามารถพิมพ์ใบสมัคร ใบแถลงสุขภาพ และศึกษาข้อมูลโครงการฯ เพิ่มเติมได้ โดยสแกน QR Code นี้



อัตราค่าเบี้ยประกัน (เฉพาะภาคสมัครใจ) ประจำปี ๒๕๖๗

| วงเงินคุ้มครอง (บาท) | อัตราค่าเบี้ยประกันของผู้เข้าร่วมโครงการภาคสมัครใจแต่ละประเภท (บาท) | | | |
|----------------------|---|------------|---------|-------|
| | สมาชิก | บิดา/มารดา | คู่สมรส | บุตร |
| ๑๐๐,๐๐๐ | ๑,๐๗๔ | ๕,๐๙๓ | ๑,๑๓๐ | ๓๕๐ |
| ๒๐๐,๐๐๐ | ๒,๑๔๘ | ๑๐,๑๘๖ | ๒,๒๖๐ | ๗๐๐ |
| ๓๐๐,๐๐๐ | ๓,๒๒๒ | ๑๕,๒๗๙ | ๓,๓๙๐ | ๑,๐๕๐ |
| ๔๐๐,๐๐๐ | ๔,๒๙๖ | ๒๐,๓๗๒ | ๔,๕๒๐ | ๑,๔๐๐ |
| ๕๐๐,๐๐๐ | ๕,๓๗๐ | ๒๕,๔๖๕ | ๕,๖๕๐ | ๑,๗๕๐ |
| ๖๐๐,๐๐๐ | ๖,๔๔๔ | ๓๐,๕๕๘ | ๖,๗๘๐ | ๒,๑๐๐ |
| ๗๐๐,๐๐๐ | ๗,๕๑๘ | ๓๕,๖๕๑ | ๗,๙๑๐ | ๒,๔๕๐ |
| ๘๐๐,๐๐๐ | ๘,๕๙๒ | ๔๐,๗๔๔ | ๙,๐๔๐ | ๒,๘๐๐ |
| ๙๐๐,๐๐๐ | ๙,๖๖๖ | ๔๕,๘๓๗ | ๑๐,๑๗๐ | ๓,๑๕๐ |
| ๑.๐๐๐,๐๐๐ | ๑๐,๗๔๐ | ๕๐,๙๓๐ | ๑๑,๓๐๐ | ๓,๕๐๐ |
| ๑.๑๐๐,๐๐๐ | ๑๑,๘๑๔ | - | - | - |
| ๑.๒๐๐,๐๐๐ | ๑๒,๘๘๘ | - | - | - |
| ๑.๓๐๐,๐๐๐ | ๑๓,๙๖๒ | - | - | - |
| ๑.๔๐๐,๐๐๐ | ๑๕,๐๓๖ | - | - | - |
| ๑.๕๐๐,๐๐๐ | ๑๖,๑๑๐ | - | - | - |
| ๑.๖๐๐,๐๐๐ | ๑๗,๑๘๔ | - | - | - |
| ๑.๗๐๐,๐๐๐ | ๑๘,๒๕๘ | - | - | - |
| ๑.๘๐๐,๐๐๐ | ๑๙,๓๓๒ | - | - | - |
| ๑.๙๐๐,๐๐๐ | ๒๐,๔๐๖ | - | - | - |
| ๒.๐๐๐,๐๐๐ | ๒๑,๔๘๐ | - | - | - |
| ๒.๑๐๐,๐๐๐ | ๒๒,๕๕๔ | - | - | - |
| ๒.๒๐๐,๐๐๐ | ๒๓,๖๒๘ | - | - | - |

หมายเหตุ

- ๑. เลือกวงเงินคุ้มครองได้ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๒,๒๐๐,๐๐๐ บาท
- ๒. เลือกคู่สมรส บุตร เลือกวงเงินคุ้มครองได้ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท ถึง ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท
- ๓. เฉพาะสมาชิกภาคสมัครใจ กรณีจำนวนสมาชิกภาคสมัครใจทั้งหมดมีวงเงินเอาประกันรวมกัน ไม่เกินร้อยละ ๘๐ ของวงเงินรวมตามโครงการเดิมปี ๒๕๖๖ เบี้ยประกันจะเพิ่มเป็น ๑.๑๓๓ บาท ต่อวงเงินคุ้มครอง ๑๐๐,๐๐๐ บาท

ตัวอย่างความคุ้มครองและผลประโยชน์ (กรณีวงเงินเอาประกัน ๑๐๐,๐๐๐ บาท)

| ความคุ้มครองและผลประโยชน์ | วงเงินเอาประกัน (บาท) |
|---|-----------------------|
| ๑. การประกันชีวิต การเสียชีวิต เนื่องจากการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ ยกเว้น ฆ่าตัวตายในปีแรก หรือถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตาย | ๑๐๐,๐๐๐ |
| ๒. การทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร กรณีที่ทุพพลภาพไม่สามารถประกอบอาชีพการงานใดๆ ได้ตลอดไป | ๑๐๐,๐๐๐ |
| ๓. การประกันอุบัติเหตุ | |
| ๓.๑ กรณีเสียชีวิต เนื่องจากอุบัติเหตุ (จ่ายเพิ่มจากผลประโยชน์ ข้อ ๑) | ๑๐๐,๐๐๐ |
| ๓.๒ การสูญเสียอวัยวะและสายตา เนื่องจากอุบัติเหตุ มีดังนี้ | |
| ๓.๒.๑ มี ๔ ข้าง หรือเท้า ๒ ข้าง หรือสายตา ๒ ข้าง | ๑๐๐,๐๐๐ |
| ๓.๒.๒ มี ๓ ข้างและเท้า ๑ ข้าง หรือมือ ๑ ข้างและสายตา ๑ ข้าง หรือ ๓ ข้างและสายตา ๑ ข้าง | ๑๐๐,๐๐๐ |
| ๓.๒.๓ มี ๒ ข้าง หรือเท้า ๑ ข้าง หรือสายตา ๑ ข้าง | ๖๐,๐๐๐ |
| ๓.๒.๔ แขน ๑ ข้าง ตั้งแต่ไหล่ หรือขา ๑ ข้าง ตั้งแต่ต้นขา | ๗๕,๐๐๐ |
| ๓.๒.๕ แขน ๑ ข้าง ตั้งแต่ข้อศอก หรือขา ๑ ข้าง ตั้งแต่ต้นขา | ๖๕,๐๐๐ |
| ๓.๒.๖ ทุขารวมทั้ง ๒ ข้าง หรือเป็นใบ้ | ๕๐,๐๐๐ |
| ๓.๒.๗ ทุขา ๑ ข้าง | ๑๕,๐๐๐ |
| ๓.๒.๘ นิ้วหัวแม่มือทั้ง ๒ ข้อ | ๒๕,๐๐๐ |
| ๓.๒.๙ นิ้วหัวแม่มือ ๑ ข้อ | ๑๐,๐๐๐ |
| ๓.๒.๑๐ นิ้วชี้ทั้ง ๓ ข้อ | ๑๐,๐๐๐ |
| ๓.๒.๑๑ นิ้วชี้ ๒ ข้อ | ๘,๐๐๐ |
| ๓.๒.๑๒ นิ้วชี้ ๑ ข้อ | ๘,๐๐๐ |
| ๓.๒.๑๓ นิ้วอื่นแต่ละนิ้วนอกจากนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ไม่น้อยกว่า ๒ ข้อ | ๕,๐๐๐ |
| ๓.๒.๑๔ นิ้วหัวแม่มือเท้า | ๕,๐๐๐ |
| ๓.๒.๑๕ นิ้วทำอื่นแต่ละนิ้วนอกจากนิ้วหัวแม่มือเท้าไม่น้อยกว่า ๑ ข้อ | ๑,๐๐๐ |
| ๓.๓ กรณีอุบัติเหตุสาธารณภัย เสียชีวิตหรือสูญเสียอวัยวะจากอุบัติเหตุ (โดยสาธารณะ รถประจำทาง ลิฟต์ ไฟไหม้โรงมหรสพ หรืออาคารสาธารณะ) (จ่ายเพิ่มจากผลประโยชน์ ข้อ ๑) | ๒๐๐,๐๐๐ |
| ** กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร หากผู้ร่วมโครงการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรในขณะที่มีอายุต่ำกว่า ๖๕ ปี บริบูรณ์ เมื่อบริษัท ธารสินสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรแล้ว และกรมธรรม์ประกันภัยยังมีผลบังคับอยู่บางส่วน บริษัทฯ จะชำระระยะเวลาการคุ้มครองชีวิตให้แก่ผู้ร่วมโครงการดังกล่าวเท่ากับระยะเวลาที่ประกันภัย ได้มีผลบังคับมาแล้วคิดดอกเบี้ยเงินวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗ ** | |



ใบสมัคร (เฉพาะภาคสมัครใจ) โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๗

→ สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

ชื่อ - สกุล สมาชิก..... วัน/เดือน/ปี เกิด..... อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน..... ตำแหน่ง.....สังกัด/กรม.....

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

****กรุณาอ่านรายละเอียดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขโครงการฯ โดยละเอียด และกรอกข้อความให้ถูกต้องครบถ้วน เพื่อสิทธิประโยชน์ของสมาชิก****

| <p>วงเงินคุ้มครอง (บาท) *(สมาชิกกรอกวงเงินคุ้มครองตามความประสงค์ ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ - ๒,๒๐๐,๐๐๐บาท วงเงินนี้ไม่รวมกับความคุ้มครองภาคสวัสดิการที่สหกรณ์ออกค่าเบี้ยประกันให้สมาชิกแล้ว)**</p> | | | | | <p>(ดูตามตาราง ด้านหลัง)</p> |
|---|----------------------|--------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| <p>♦ สมัครต่อเนื่องจากโครงการเดิม ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖ → วงเงินเท่าเดิมหรือน้อยลงกว่าเดิมไม่ต้องแจ้งเรื่องใหม่ ♦ สมัครต่อเนื่องจากโครงการเดิม ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖ → เพิ่มวงเงินต้องแจ้งถึงสภาพ (กรอกดูใบคำขอเอาประกันปกติ) ♦ สมัครใหม่โครงการ ปี ๒๕๖๗ → ต้องแจ้งสุขภาพทุกราย (กรอกดูใบคำขอเอาประกันปกติ)</p> | | | | | |
| (ชื่อ - สกุล) | วัน/เดือน/ปี เกิด | อายุ (ปี) | วงเงินคุ้มครอง (บาท) | ค่าเบี้ยประกัน (บาท) | |
| บิดา | | | | | |
| มารดา | | | | | |
| คู่สมรส | | | | | |
| บุตร ๑ | | | | | |
| บุตร ๒ | | | | | |
| บุตร ๓ | | | | | |
| บุตร ๔ | | | | | |
| รวมค่าเบี้ยประกันทั้งหมด (๑ + ๒) | | | | | |

ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ครอบครอง จำกัด หักเงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน เงินได้รายเดือน และเงินสวัสดิการอื่นใดที่มีสิทธิได้รับตามลำดับ เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันของข้าพเจ้าตามใบสมัครนี้ทั้งหมด

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

คำชี้แจง ๑. ยื่นใบสมัครได้ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗ ใบสมัครใช้เฉพาะสมาชิกที่ต้องกราววงเงินคุ้มครองต่างหากจากสวัสดิการที่สหกรณ์จัดให้ (ภาคสมัครใจ) โดยภาคสมัครใจนี้ต้องส่งใบสมัครทุกปี และกรอกวงเงินคุ้มครองใหม่เป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันกับบริษัทประกันภัย หากไม่ส่งใบสมัคร สหกรณ์จะถือว่าสมาชิกประสงค์รักษาความคุ้มครองเฉพาะภาคสวัสดิการ (วงเงินคุ้มครอง.....)

๒. กรณีสมาชิกเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ หรือบุคคลในครอบครัว (ภาคสมัครใจ) สหกรณ์จะหักค่าเบี้ยประกันจากเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน กรณีที่ไม่พอให้หัก สมาชิกจะชำระค่าเบี้ยประกันด้วยตนเองโดยโอนเงินผ่านระบบ Bill Payment เลือกรหัสสวัสดิการ ๐๐๖ ชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตข้อบัญญัติสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง - สวัสดิการ ๒๖ วันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ หากไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนดสหกรณ์จะตัดสิทธิการประกันชีวิตภาคสมัครใจทั้งหมด

๓. ดูรายละเอียด..... โทร. ๐๒-๖๒๖-๑๖๐๓ - ๗ ต่อ ๑๑, ๑๕



สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท/For Office Use Only
ใบนี้ใช้เพื่อสมัครสมาชิก
กรมธรรม์เลขที่ Policy Number
ไม่เริ่มรับเบี้ย Contribution No.
ถัดมาจากสาขา Sale Channel

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (ชนิดมีคำถามสุขภาพ)
Group Insurance Member Application Form (with Detailed Health Questions)

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย **Warning from the Office of Insurance Commission**
ผู้ขอ ประกันภัย ต้องตอบคำถามด้วยความจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ ขบเจป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา
ประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 In pursuant to Section 865 of the Civil and Commercial Code, an insurance applicant is obligated to disclose
all statements truthfully. Concealment of any fact or knowingly making any false statement could be a ground for the insurance company to deny contractual claim.

กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกคำถาม ถ้ามีการแก้ไข ชีดฆ่า ขูดลบ ต้องลงลายมือชื่อสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง
Please complete all inquiries below. Applicant must validate all amendments and deletions with signature.

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อหน่วยงาน / บริษัท): สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด
Policyholder Name (Company Name)

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย
Part I Questions about applicant's personal information

ชื่อและนามสกุลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย: (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง)
Applicant's Name – Surname: (Mr. / Mrs. / Ms. / Master / Miss)

ชื่อและนามสกุลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ)
Applicant's Name - Surname in English :

| | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------|
| วัน/เดือน/ปี เกิด: Date of Birth (dd/mm/yyyy) | อายุ: Age | น้ำหนัก: Weight | ส่วนสูง: Height |
| เพศ: <input type="checkbox"/> ชาย Male Gender <input type="checkbox"/> หญิง Female | สัญชาติ: Nationality: | สถานภาพ: <input type="checkbox"/> โสด Single <input type="checkbox"/> สมรส Married Marital Status <input type="checkbox"/> หม้าย Widowed <input type="checkbox"/> หย่า Divorced | |

เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง อื่นๆ โปรดระบุ.....
Proof of Identity Identification Card Passport Other please indicate
เลขประจำตัวประชาชน/ หนังสือเดินทางเลขที่..... วันหมดอายุ.....
Identification Card No./Passport No. Expiry Date

ที่อยู่ของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย Residential address of the applicant:

1. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ต.รอก/ซอย..... ถนน.....
House Registration Address No. Village/ Building Moo Soi Road
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
Sub District/ Tumbol District/Ampur Province Postal Code
ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
Country Home Phone Mobile Phone Email

2. ที่อยู่ปัจจุบัน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
Current Address Same as House Registration Address
เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ต.รอก/ซอย..... ถนน.....
No. Village/ Building Moo Soi Road
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
Sub District/ Tumbol District/Ampur Province Postal Code
ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
Country Home Phone Mobile Phone Email

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน
Contact Address House Registered Address Current Address

เป็นสมาชิก/พนักงาน ของผู้ถือกรมธรรม์ วันเริ่มเป็นสมาชิก/เป็นพนักงาน.....
Be a member/employee of policyholder Membership/ Employment Start Date

เป็นสมาชิกสมทบ (ผู้อยู่ในอุปการะ) ของสมาชิก/พนักงาน ของผู้ถือกรมธรรม์:
Be additional member (Dependent) of a member/employee of policyholder:

ในฐานะ คู่สมรส บุตร หรือ อื่นๆ (ระบุ)..... ของสมาชิก/พนักงานชื่อ(ชื่อ-นามสกุล)
Be Spouse Child or other (indicate) of Member/Employee name (Full name)

อาชีพ: ตำแหน่ง: ลักษณะงาน:
Occupation Position Job Description

ส่วนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ : (ถ้ามีได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน)

Part 2. Beneficiary: (If the allocation for each beneficiary is not specified, the Company assumes that all allocations are in equal proportion)

| ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์ Beneficiary's Full Name | เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้ ID Card /Passport / Government Issued ID No. | อายุ Age | ความสัมพันธ์ Relationship | ที่อยู่ Address | ร้อยละของผลประโยชน์ % of Benefit |
|---|--|-------------|------------------------------|--|-------------------------------------|
| สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด | - | - | ผู้ถือกรรมธรรม์ | 68/9-11 ถนนราชบุรินทร์ แขวงวัดราชบพิธ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200 | 100% |

(คำแนะนำ) เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาปรับประกัน กรุณาระบุผู้รับประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (Note: For prompt underwriting, please identify the beneficiaries who have a relationship as parents, spouse, children or relatives who have a blood relationship with the applicant.)

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย และ สุขภาพของบุคคลในครอบครัวของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

Part 3 Questions on the medical history or treatment of the insurance applicant, and Questions about the health of applicant's family members

- ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคมะเร็ง หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรง หรือไม่

Have you ever been diagnosed or been advised or been treated for heart disease, high blood pressure, diabetes, liver disease, cancer or any other serious diseases by a physician?

เคย ไม่เคย
Yes No
- ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรับการรักษาดัว ในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใด ๆ ที่มิได้กล่าวข้างต้น หรือไม่

Have you ever suffered from illness or had serious injury or received consultation or been treated in a hospital or clinic or been advised about any treatment not stated above during the past 2 years?

เคย ไม่เคย
Yes No
- ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดเข่านานี้ หรือไม่

Have you ever had or been advised to have any surgical operation?

เคย ไม่เคย
Yes No
- ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรรมธรรม์ประกันภัยจากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นบ้างหรือไม่

Have you ever been declined or postponed or charged for extra premium or charged the conditions for the application or reinstatement or renewal of a policy by this company or other companies?

เคย ไม่เคย
Yes No
- ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีอวัยวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่ป่วยเป็นโรคอดส์ หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่เป็นโรคร้ายแรงใด ๆ

Do you currently have healthy body and mind; do not have any disabilities or deformation, no AIDS, or any critical illnesses?

ใช่ ไม่ใช่
Yes No
- บุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดา) ของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นหรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ (HIV) โรคกล้ามเนื้อสเคลอโรซิส โรคอัลไซเมอร์ หรือโรคพาร์กินสัน หรือไม่

Have any of your family members (father, mother, husband, wife, siblings) ever been diagnosed with heart disease, stroke, cancer, diabetes, kidney disease, hypertension, suicide attempt or mental illness, blood disease or hepatitis, AIDS (HIV), multiple sclerosis, Alzheimer's disease, or Parkinson's disease by a physician?

เป็น ไม่เป็น
Yes No

หมายเหตุ: ถ้าคำตอบข้อ 1 – 6 เป็นหรือใช่ โปรดระบุเลขที่คำถามและรายละเอียด ชื่อโรค/อาการบาดเจ็บ วันเดือนปีที่ได้รับการตรวจ/รักษา ผลการตรวจ/รักษา หายดีหรือยัง หรือตรวจเช็คร่างกาย / ทานยาอยู่หรือไม่ สถานพยาบาลที่ตรวจ/รักษา และในกรณีที่ไม่สะดวกวิดิเหตุ โปรดระบุรายละเอียด (สำหรับข้อ 6 ถ้าตอบว่า เป็น โปรดระบุรายละเอียดเฉพาะ ชื่อโรค ที่บุคคลในครอบครัวท่านเป็นหรือเคยเป็น)

Remark: If any of the answers to questions 1 through 6 is "Yes", please specify the question number and details of disease/injury, diagnosis/treatment date, results of the examination/treatment, cured or not, or having health checkup/being on medication, medical center for examination/treatment. In case of an accident, please provide full details below. (For question No. 6, if the answer is yes, please specify only diseases that your family member has or used to have.)

ส่วนที่ 4 ข้อความยืนยันข้อมูลหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

Part 4 Confirmation on declarations or answers provided in the life insurance application of the applicant, and consent

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ รวมถึงข้อมูลที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

I hereby confirm that every answer I have given in this group insurance application and every declaration to the attending physician are true and correct in all respects. I understand that if I omit to disclose any fact, the Company may decline the application and contractual claim.

2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทน โดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของกรมมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I and/or my legal representative give consent to physician or insurance company or medical center or any other individual(s) that has my and/or the minor's information pertaining to health, disability, sexual behavior, biological information, genetic information, or racial or will have in the future, to disclose such information to the Company or its representatives for the purposes of insurance application, underwriting or policy benefit payment. A photocopy of this authorization shall be effective and valid as the original.

3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทน โดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อผู้ถือกรรมสิทธิ์ บริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

I and/or my legal representative give consent to the Company to collect, use, or disclose my and/or the minor's information pertaining to health, disability, sexual behavior, biological information, genetic information, or racial to policyholder, other insurance companies, reinsurance brokers, reinsurance companies, legal authorities, medical centers, physicians, medical profession personnel, life insurance agents or life insurance brokers for the purposes of insurance application, underwriting or policy benefit payment.

4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการศึกษารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัท ไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

I understand that if I withdraw the consent given to the Company under item 2. or item 3. above, it will affect the Company's underwriting, insurance policy benefit payment or any services in connection with insurance policy, which will consequently cause the Company to be unable to perform as stated under the terms and conditions of the insurance policy, with the result that I will not be able to receive coverage according to the insurance policy.

5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy] นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท) รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

I hereby acknowledge that the Company will collect, use, disclose and/or transfer my personal data as well as my sensitive data for the purposes of insurance application, underwriting, insurance policy benefit payment according to the Company's Personal Data Protection Policy as shown in [www.muangthai.co.th/en/privacy-policy the Company's Personal Data Protection Policy]. I also acknowledge that the Company will disclose my personal data to the Office of Insurance Commission (OIC) for the benefit of an insurance supervision and promotion of life insurance business according to the laws pertaining to life insurance and the Office of Insurance Commission. Details of the OIC's collection, use and disclosure are subject to the OIC's Personal Data Protection Policy as shown in www.oic.or.th.

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้า ให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

In the event I disclose personal data of any other person(s), besides mine, to the Company for the purposes of insurance application, underwriting, or insurance policy benefit payment,

- (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)

I hereby represent and warrant that I have already verified the accuracy and completeness of personal data of others that I have provided to the Company. I will keep the Company notified if there is any change to the given personal data of others.

- (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

I hereby represent and warrant that I have already received consent or have relied on a lawful basis for collecting, using, disclosing and/or transferring personal data of others in pursuance of applicable laws.

- (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแล และส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

I hereby represent and warrant that I have already informed the others of the Company's Personal Data Protection Policy [www.muangthai.co.th/en/privacy-policy the Company's Personal Data Protection Policy] The Office of Insurance Commission (OIC) has already been notified by me about the objectives of the collection, use, disclosure and/or transfer of personal data for the benefit of an insurance supervision and promotion of life insurance business according to the laws pertaining to life insurance and the Office of Insurance Commission. The OIC will collect, use, disclose and/or transfer personal data of others according to the OIC's Personal Data Protection Policy as shown in www.oic.or.th.

- (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

I hereby represent and warrant that the Company and the Office of Insurance Commission can collect, use, disclose and/or transfer personal data of others according to the objectives specified in the applicable personal data protection policies of the Company and of the OIC which might be amended occasionally, as well as all objectives specified in this document and in other related insurance application documents.

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ดังต่อไปนี้

I have read and agreed with all of the contents stated in this document, and I have acknowledged the personal data protection policies of the Company and of the OIC. Thus, I hereby affixed my signature below.

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
Before signing this application form, please check the answers once again to ensure the completeness of insurance contract.

เขียนที่.....
Written at

วันที่เดือน พ.ศ.
Date Month Year (B.E)



ภาษาไทย English

สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
นโยบายข้อมูลส่วนบุคคล
Scan to read personal data
protection policy

ลงชื่อ/Signature.....

(.....)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
Witness / Life Insurance Agent / Life Insurance Broker

ลงชื่อ/Signature

(.....)

สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย
Insurance Applicant

ลงชื่อ/Signature..... สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด

(.....)

พยาน
Witness

ลงชื่อ/Signature

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของ
สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
Giving Consent Legal Representative/Legal Guardian of the
Insurance Applicant. (In case the insurance applicant is a minor.)