

ที่ สน ๐๐๑๘.๓/๒๕๖๘



ศาลากลางจังหวัดสกลนคร
ถนนศูนย์ราชการ สน ๔๗๐๐๐

๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

เรื่อง โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุ ประจำปี ๒๕๖๘

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ที่ สอ.ปค.(สก.)ว ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๘ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ได้จัดทำโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุ ประจำปี ๒๕๖๘ ซึ่งความคุ้มครองตามโครงการดังกล่าวจะสิ้นสุดลงในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ นั้น

ในการนี้ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ได้จัดทำโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุ ประจำปี ๒๕๖๘ โดยคัดเลือกบริษัท กรุงไทย - แอ็กซ่า ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) เป็นผู้เข้าร่วมโครงการ ระยะเวลาความคุ้มครองเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๘ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ จึงได้ขอความอนุเคราะห์ ประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ในสังกัดได้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้-

๑. สมาชิกทุกคนจะได้รับความคุ้มครองตามโครงการในวงเงินเอาประกัน ๑๐๐,๐๐๐ บาท โดยสหกรณ์เป็นผู้ออกค่าเบี้ยประกันให้ (ภาคสวัสดิการ)

๒. สมาชิกที่มีความประสงค์จะเพิ่มวงเงินเอาประกันของตนเองให้สูงขึ้นหรือประสงค์จะทำ ประกันให้แก่ คู่สมรส บุตร บิดา หรือมารดา ซึ่งสมาชิกจะต้องเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันเอง (ภาคสมัครใจ) สามารถเข้าร่วมโครงการได้โดยศึกษารายละเอียดโครงการอย่างรอบคอบให้ชัดเจน แล้วกรอกใบสมัครเข้าร่วม โครงการและเอกสารประกอบให้ครบถ้วน ให้เจ้าหน้าที่รวบรวมส่งให้สหกรณ์ ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ หากพ้นกำหนดดังกล่าวจะถือว่าสมาชิกไม่ประสงค์ที่จะเพิ่มวงเงินเอาประกันของตนเองหรือบุคคลในครอบครัว ตามที่ระบุ

๓. สมาชิกสามารถศึกษารายละเอียดโครงการได้ตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้ และที่เว็บไซต์ ของสหกรณ์ฯ www.codopa.com พร้อมสามารถดาวน์โหลดใบสมัครและเอกสารประกอบได้เช่นเดียวกัน

จังหวัดสกลนคร จึงขอให้ท่านประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ในสังกัดของท่าน ได้ทราบโดยทั่วกัน และหากมีสมาชิกที่ประสงค์จะสมัครเข้าร่วมโครงการดังกล่าว ขอให้รวบรวมใบสมัครและเอกสาร ที่เกี่ยวข้อง ส่งให้ทำการปกครองจังหวัดสกลนคร (กลุ่มงานการเงินและบัญชี) ภายในวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายเอกภพ โสภณ)

ปลัดจังหวัดสกลนคร ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสกลนคร

ที่ทำการปกครองจังหวัด
กลุ่มงานการเงินและบัญชี
โทร ๐ ๔๒ ๗๑๑๑๖๖



สรุปข้อมูลโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๙

๑. ระยะเวลาความคุ้มครองเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๙
๒. สมาชิกทุกคนได้รับความคุ้มครองตามโครงการฯ ในวงเงินเอาประกันคนละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท โดยสหกรณ์ฯ เป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันให้สมาชิก (เรียกว่าภาคสวัสดิการ)

๓. สมาชิกที่มีความประสงค์จะเพิ่มวงเงินเอาประกันของตนเองให้สูงขึ้นมากกว่าภาคสวัสดิการ หรือประสงค์จะทำประกันให้แก่ คู่สมรส หรือบุตร ซึ่งสมาชิกจะต้องเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันเอง (เรียกว่าภาคสมัครใจ) โดยสหกรณ์ฯ จะเรียกเก็บเบี้ยประกันโดยวิธีหักจากเงินปันผล/เฉลี่ยคืน เป็นลำดับแรก สามารถสมัครเข้าร่วมโครงการได้โดยกรอกใบสมัครเข้าร่วมโครงการ และเอกสารประกอบให้ครบถ้วน ส่งให้สหกรณ์ฯ ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ ทั้งนี้ สหกรณ์ฯ จะถือเอาใบสมัครฉบับจริงที่สมาชิกลงลายมือชื่อและเอกสารประกอบฉบับจริงเป็นสำคัญ

- สมาชิกเพิ่มวงเงินของตนเองได้ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท และสูงสุดไม่เกิน ๒,๒๐๐,๐๐๐ บาท (เพิ่มขึ้นละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท) โดยไม่เกี่ยวข้องกับวงเงินภาคสวัสดิการ ตามข้อ ๒
- สมาชิกทำประกันให้แก่ คู่สมรส และบุตร ได้ตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท และสูงสุดไม่เกิน ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท (เพิ่มขึ้นละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท) โดยไม่เกี่ยวข้องกับวงเงินเอาประกันของตัวเอง

- ***เฉพาะสมาชิกที่ทำประกันให้แก่ บิดา หรือมารดา ในโครงการฯ ประจำปี ๒๕๖๘ (รายเดิม) เท่านั้น ที่มีสิทธิทำประกันให้แก่บิดา หรือมารดา ต่อเนื่องในปี ๒๕๖๙ ได้***

๔. สมาชิกที่เพิ่มวงเงินเอาประกันของตนเองให้สูงขึ้นหรือประสงค์จะทำประกันให้แก่ คู่สมรส บุตร หรือบิดา มารดา แล้วแต่กรณี การสมัครต้องเสร็จสิ้นก่อนกรรมธรรม์เริ่มมีผลคุ้มครอง (ภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘) เมื่อกรรมธรรม์เริ่มมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๙ แล้วจะสมัครเพิ่มเติมระหว่างปี ๒๕๖๙ ไม่ได้อีกต่อไป

๕. อายุของผู้สมัครทำประกันภาคสมัครใจ (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๙)

๕.๑ สมาชิก ไม่เกิน ๗๐ ปีบริบูรณ์ เว้นแต่สมาชิกที่ทำประกันต่อเนื่องจากโครงการเดิม ไม่เกิน ๘๕ ปีบริบูรณ์

๕.๒ บุตร ไม่น้อยกว่า ๑๔ วัน และไม่เกิน ๒๕ ปีบริบูรณ์

๕.๓ คู่สมรส ไม่เกิน ๗๐ ปีบริบูรณ์ เว้นแต่ผู้ที่ทำประกันต่อเนื่องจากโครงการเดิม ไม่เกิน ๘๕ ปีบริบูรณ์

๕.๓ บิดา มารดา (ทำประกันได้เฉพาะรายที่ทำต่อเนื่องจากโครงการเดิมเท่านั้น ไม่รับรายใหม่) ไม่เกิน ๘๕ ปีบริบูรณ์

/๖. การส่งใบแถลงสุขภาพ...

๖. การส่งใบแถลงสุขภาพ *** (สำคัญ) ***

๖.๑ ภาคสวัสดิการ วงเงินเอาประกัน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ที่สหกรณ์ฯ ออกค่าเบี้ยประกันให้สมาชิกทุกคน สมาชิกไม่ต้องส่งใบสมัครและไม่ต้องส่งใบแถลงสุขภาพใดๆ

๖.๒ ภาคสมัครใจ

๖.๒.๑ สมาชิก คู่สมรส บุตร หรือบิดา มารดา ทำประกันภาคสมัครใจ ต่อเนื่องจากโครงการเดิมปี ๒๕๖๘ ในวงเงินคุ้มครองเท่าเดิมหรือต่ำกว่าเดิม ไม่ต้องส่งใบแถลงสุขภาพ

๖.๒.๒ สมาชิก คู่สมรส บุตร ที่เคยทำประกันภาคสมัครใจในโครงการเดิม ประจำปี ๒๕๖๘ หากไม่สมัครเข้าร่วมต่อเนื่องในโครงการฯ ประจำปี ๒๕๖๙ นี้ จะต้องเริ่มแถลงสุขภาพใหม่หากไปเริ่มสมัครใหม่ในโครงการปีถัดไป

๖.๒.๓ สมาชิก คู่สมรส บุตร หรือบิดา มารดา ทำประกันภาคสมัครใจ ต่อเนื่องจากโครงการเดิมปี ๒๕๖๘ ในวงเงินคุ้มครองสูงกว่าเดิม ต้องส่งใบแถลงสุขภาพของแต่ละคนทุกคน พร้อมกับใบสมัคร

๖.๒.๔ สมาชิก คู่สมรส บุตร ที่เริ่มทำประกันภาคสมัครใจครั้งนี้เป็นครั้งแรก สมาชิก คู่สมรส บุตร ต้องส่งใบแถลงสุขภาพของแต่ละคนทุกคน พร้อมกับใบสมัคร

หมายเหตุ กรณีตาม ๖.๒.๓ และ ๖.๒.๔ หากมีการถึงแก่กรรมในปี ๒๕๖๘ บริษัทประกันมีสิทธิปฏิเสธสินไหมเฉพาะส่วนที่เพิ่มวงเงินหรือทั้งหมดและคืนเบี้ยประกันเฉพาะส่วนหรือปฏิเสธสินไหมและคืนเบี้ยประกันทั้งหมด แล้วแต่กรณี

๖.๒.๕ การกรอกใบแถลงสุขภาพ จะต้องแถลงสุขภาพตามความเป็นจริง พร้อมลงลายมือชื่อด้วยตนเอง ในแบบฟอร์มการแถลงสุขภาพของบริษัท ห้ามแถลงเท็จหรือปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ เพราะจะเป็นเหตุให้บริษัทปฏิเสธการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้

☞ สมาชิกที่ประสงค์รับความคุ้มครองเฉพาะภาคสวัสดิการวงเงินคุ้มครอง 100,000 บาท ซึ่งสหกรณ์ฯ ออกค่าเบี้ยประกันให้ ไม่ต้องส่งใบสมัครหรือเอกสารใดๆ

☞ ส่วนสมาชิก**ภาคสมัครใจ**ที่ขอเพิ่มวงเงินคุ้มครองตนเอง และหรือสมัครให้ คู่สมรส บุตร ไม่ว่าสมัครใหม่ หรือต่อเนื่อง ต้องส่งใบสมัครทุกราย

☞ บิดา มารดา สมัครได้เฉพาะรายเดิมที่ร่วมโครงการฯ ในปี 2568 เท่านั้น และต้องส่งใบสมัครทุกราย

สมาชิกสามารถพิมพ์ใบสมัคร ใบแถลงสุขภาพ ด้วยตนเองได้ โดยสแกน QR Code นี้



27 มค. 2569

ที่ สอ.ปค.(สก.)ว ๒๕๖๘ / ๒๕๖๘



☐ ปค. ()	ศาลากลางจังหวัด...
☐ ผ.ค. ()	รับเลขที่ 14890
☒ กง. ()	วันที่ 28 ต.ค. 2568
☐ บัณฑิต ()	เวลา.....น.

สหกรณ์ออมทรัพย์กรรมการปกครอง จำกัด

๖๘/๙-๑๑ ถนนวชิร...

กทพ. ๑๐๒๐๐

วันที่ ๒๙ ต.ค. ๒๕๖๘

๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๘

เรื่อง โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๙

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สรุปข้อมูลโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๙ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๙ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่สหกรณ์ออมทรัพย์กรรมการปกครอง จำกัด ได้จัดทำโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๘ ซึ่งความคุ้มครองตามโครงการดังกล่าวจะสิ้นสุดลงในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ นั้น

ในการนี้ สหกรณ์ออมทรัพย์กรรมการปกครอง จำกัด ได้จัดทำโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ประจำปี ๒๕๖๙ โดยคัดเลือกบริษัท กรุงไทย - แอ็กซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้ร่วมโครงการระยะเวลาความคุ้มครองเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๙ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านได้โปรดประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กรรมการปกครอง จำกัด ในสังกัด ได้ทราบโดยทั่วกัน ดังนี้

๑. สมาชิกทุกคนจะได้รับความคุ้มครองตามโครงการในวงเงินเอาประกัน ๑๐๐,๐๐๐ บาท โดยสหกรณ์เป็นผู้ออกค่าเบี้ยประกันให้ (ภาคสวัสดิการ)

๒. สมาชิกที่มีความประสงค์จะเพิ่มวงเงินเอาประกันของตนเองให้สูงขึ้นหรือประสงค์จะทำประกันให้แก่ คู่สมรส บุตร บิดา หรือมารดา ซึ่งสมาชิกจะต้องเป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันเอง (ภาคสมัครใจ) สามารถสมัครเข้าร่วมโครงการได้โดยศึกษารายละเอียดโครงการอย่างรอบคอบให้ชัดเจน แล้วกรอกใบสมัครเข้าร่วมโครงการและเอกสารประกอบให้ครบถ้วน ให้เจ้าหน้าที่รวบรวมส่งให้สหกรณ์ ภายในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ หากพ้นกำหนดดังกล่าวจะถือว่าสมาชิกไม่ประสงค์ที่จะเพิ่มวงเงินเอาประกันของตนเองหรือบุคคลในครอบครัวตามที่ระบุ

๓. สมาชิกสามารถศึกษารายละเอียดโครงการได้ตามเอกสารที่ส่งมาพร้อมนี้ และที่เว็บไซต์ของสหกรณ์ฯ www.codopa.com พร้อมสามารถดาวน์โหลดใบสมัครและเอกสารประกอบได้เช่นเดียวกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

๐-๒๖

(นายวินัย โตเจริญ)

รองประธานกรรมการ ปฏิบัติหน้าที่แทน

ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์กรรมการปกครอง จำกัด

ฝ่ายสวัสดิการ

โทร. ๐-๒๖๒๒-๑๖๐๔-๗ ต่อ ๑๑, ๑๕

อัตราค่าเบี้ยประกัน (เฉพาะภาคสมัครใจ) ประจำปี 2569

วงเงินคุ้มครอง (บาท)	อัตราค่าเบี้ยประกันของผู้เข้าร่วมโครงการภาคสมัครใจแต่ละประเภท (บาท)			
	สมาชิก	บิดา/มารดา	คู่สมรส	บุตร
100,000	1,550	6,615	1,480	350
200,000	3,100	13,230	2,960	700
300,000	4,650	19,845	4,440	1,050
400,000	6,200	26,460	5,920	1,400
500,000	7,750	33,075	7,400	1,750
600,000	9,300	39,690	8,880	2,100
700,000	10,850	46,305	10,360	2,450
800,000	12,400	52,920	11,840	2,800
900,000	13,950	59,535	13,320	3,150
1,000,000	15,500	66,150	14,800	3,500
1,100,000	17,050	-	-	-
1,200,000	18,600	-	-	-
1,300,000	20,150	-	-	-
1,400,000	21,700	-	-	-
1,500,000	23,250	-	-	-
1,600,000	24,800	-	-	-
1,700,000	26,350	-	-	-
1,800,000	27,900	-	-	-
1,900,000	29,450	-	-	-
2,000,000	31,000	-	-	-
2,100,000	32,550	-	-	-
2,200,000	34,100	-	-	-

หมายเหตุ

1. สมาชิกเลือกวงเงินคุ้มครองได้ตั้งแต่ 100,000 บาท ถึง 2,200,000 บาท
2. คู่สมรส บุตร เลือกวงเงินคุ้มครองได้ตั้งแต่ 100,000 บาท ถึง 1,000,000 บาท
3. บิดา มารดา สมัครได้เฉพาะรายเดิมที่ร่วมโครงการฯ ในปี 2568 เท่านั้น เลือกวงเงินคุ้มครอง ได้ตั้งแต่ 100,000 บาท ถึง 1,000,000 บาท

/ตัวอย่างความคุ้มครอง...

ตัวอย่างความคุ้มครองและผลประโยชน์ (กรณีวงเงินเอาประกัน 100,000 บาท)

ความคุ้มครองและผลประโยชน์	วงเงิน เอาประกัน (บาท)
1. การประกันชีวิต การเสียชีวิต เนื่องจากการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ ยกเว้น ฆ่าตัวตายในปีแรก หรือถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตาย	100,000
2. การทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร กรณีที่ทุพพลภาพไม่สามารถประกอบอาชีพการงานใดๆ ได้ตลอดไป	100,000
3. การประกันอุบัติเหตุ	
3.1 กรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุทั่วไป จ่ายเพิ่มจากผลประโยชน์ ข้อ 1 อีก	100,000
3.2 กรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุสาธารณภัย (โดยสารรถไฟ รถประจำทาง ลิฟต์ ไฟไหม้โรงแรมหรสพ หรืออาคารสาธารณะ) จ่ายเพิ่มจากผลประโยชน์ ข้อ 1 อีก	200,000
** กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร หากผู้ร่วมโครงการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรในขณะที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปีบริบูรณ์ เมื่อบริษัทฯ จ่ายเงินสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรแล้ว และกรมธรรม์ประกันภัยยังมีผลบังคับอย่างสมบูรณ์ บริษัทฯ จะขยายระยะเวลาการคุ้มครองชีวิตให้แก่ผู้ร่วมโครงการดังกล่าวเท่ากับระยะเวลาที่ประกันภัย ได้มีผลบังคับมาแล้วติดต่อกันแต่ไม่เกินวันที่ 31 ธันวาคม 2569 **	



ใบสมัคร (เฉพาะภาคสมัครใจ) โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี 2569

โปรดใส่เครื่องหมาย ☒ สมัครเป็นครั้งแรก (ต้องส่งใบแถลงสุขภาพด้วย) ☐ สมัครต่อเนื่อง

สมาชิกเลขทะเบียนที่

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

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

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

****กรุณารายละเอียดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขโดยละเอียด และกรอกข้อความให้ถูกต้องครบถ้วน เพื่อสิทธิประโยชน์ของสมาชิก****

1. สมาชิก (สมัครครั้งแรกอายุไม่เกิน 70 ปี สมัครต่อเนื่องอายุไม่เกิน 85 ปี) วงเงินคุ้มครองเลือกได้ตั้งแต่ 100,000 บาท ถึง 2,200,000 บาท	ค่าเบี้ยประกัน (บาท)
วงเงินคุ้มครอง (บาท) **(สมาชิกกรอกวงเงินคุ้มครองตามความประสงค์ ตั้งแต่ 100,000 - 2,200,000 บาท วงเงินนี้ไม่รวมกับความคุ้มครองภาคสวัสดิการที่สหกรณ์ออกค่าเบี้ยประกันให้สมาชิกแล้ว)**	 (ดูตามตาราง ด้านหลัง)

2. คู่สมรส (สมัครครั้งแรกอายุไม่เกิน 70 ปี สมัครต่อเนื่องอายุไม่เกิน 85 ปี) บุตร (ทั้งสมัครครั้งแรกและสมัครต่อเนื่อง อายุไม่เกิน 25 ปี) ****บิดา มารดา สมัครได้เฉพาะรายเดิมสมัครต่อเนื่องเท่านั้น ไม่รับรายใหม่**** (อายุไม่เกิน 85 ปี)
วงเงินคุ้มครองเลือกได้ตั้งแต่ 100,000 บาท ถึง 1,000,000 บาท

(ชื่อ - สกุล)		วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	วงเงินคุ้มครอง (บาท)	ค่าเบี้ยประกัน (บาท)
คู่สมรส					
บุตร 1					
บุตร 2					
บุตร 3					
บิดา					
มารดา					
รวมค่าเบี้ยประกันทั้งหมด (1 + 2)					
สำคัญมาก มิฉะนั้น อาจถูกปฏิเสธการรับประกัน		◆ สมัครต่อเนื่องจากปี 2568 โดยวงเงินเท่าเดิมหรือน้อยกว่าเดิม ไม่ต้องส่งใบแถลงสุขภาพ ◆ สมัครต่อเนื่องจากปี 2568 โดยเพิ่มวงเงินสูงขึ้น ต้องส่งใบแถลงสุขภาพของผู้ที่เพิ่มวงเงินทุกรายพร้อมใบสมัครนี้ ◆ **สมัครเป็นครั้งแรกตั้งแต่โครงการ ปี 2569 นี้ ต้องส่งใบแถลงสุขภาพทุกรายพร้อมใบสมัครนี้**			

ข้าพเจ้าขอยืนยันข้อมูลการสมัคร และยินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด หักเงินปันผล เงินเฉลี่ยคืน เงินได้รายเดือน เงินสวัสดิการ หรือเงินอื่นใดที่มีสิทธิได้รับจากสหกรณ์ ตามลำดับ เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันของข้าพเจ้าตามใบสมัครนี้ทั้งหมด

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

- คำชี้แจง 1. ยื่นใบสมัครได้ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2568 ใบสมัครนี้ให้เฉพาะสมาชิกที่โครงการวงเงินคุ้มครองต่างหากจากสวัสดิการที่สหกรณ์จัดให้ (ภาคสมัครใจ) โดยภาคสมัครใจนี้ต้องส่งใบสมัครทุกรายเนื่องจากเป็นโครงการต่อเนื่องและเพื่อเป็นหลักฐานยืนยันกับบริษัทประกันภัย หากไม่ส่งใบสมัคร สหกรณ์จะถือว่าสมาชิกประสงค์รับความคุ้มครองเฉพาะภาคสวัสดิการที่สหกรณ์จัดให้สมาชิก (วงเงินคุ้มครอง 100,000 บาท)
2. กรณีสมาชิกส่งใบสมัครนี้เพื่อวงเงินคุ้มครองของตนเองและ/หรือบุคคลในครอบครัว (ภาคสมัครใจ) สหกรณ์จะหักค่าเบี้ยประกันจากเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน กรณีที่ไม่พอให้หัก สมาชิกจะต้องชำระเงินค่าเบี้ยประกันเพิ่มเติม โดยโอนเงินผ่านระบบ Bill Payment เลือกรหัสสวัสดิการ 006 ชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตข้อบัญญัติสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2569 หากไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนดสหกรณ์จะเรียกเก็บจากเงินอื่นที่สมาชิกให้ความยินยอมไว้แล้วตามลำดับ
3. ดูรายละเอียดโครงการประกันชีวิตฯ และดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ www.codopa.com สอบถามเพิ่มเติม ฝ่ายสวัสดิการ โทร. 02-622-1603 - 7 ต่อ 11, 15

วงเงินคุ้มครอง (บาท)	ค่าเบี้ยประกัน (บาท)			
	สมาชิก	บิดา/มารดา	คู่สมรส	บุตร
100,000	1,550	6,615	1,480	350
200,000	3,100	13,230	2,960	700
300,000	4,650	19,845	4,440	1,050
400,000	6,200	26,460	5,920	1,400
500,000	7,750	33,075	7,400	1,750
600,000	9,300	39,690	8,880	2,100
700,000	10,850	46,305	10,360	2,450
800,000	12,400	52,920	11,840	2,800
900,000	13,950	59,535	13,320	3,150
1,000,000	15,500	66,150	14,800	3,500
1,100,000	17,050			

วงเงินคุ้มครอง (บาท)	สมาชิก ค่าเบี้ยประกัน (บาท)
1,200,000	18,600
1,300,000	20,150
1,400,000	21,700
1,500,000	23,250
1,600,000	24,800
1,700,000	26,350
1,800,000	27,900
1,900,000	29,450
2,000,000	31,000
2,100,000	32,550
2,200,000	34,100

กรณีสมัครใหม่เป็นครั้งแรก		
ประเภท ผู้สมัครใหม่	ช่วงอายุ (ณ 1 ม.ค. 69)	วงเงินคุ้มครอง
สมาชิก	20 - 70 ปี	100,000 - 2,200,000
คู่สมรส	20 - 70 ปี	100,000 - 1,000,000
บุตร	14 วัน - 25 ปี	100,000 - 1,000,000

กรณีสมัครต่อเนื่องจากโครงการเดิมปี 2568			
ประเภท ผู้สมัครต่อเนื่อง	ช่วงอายุ (ณ 1 ม.ค. 69)	วงเงินคุ้มครอง	ใบแสดงสุขภาพ
สมาชิก	20 - 85 ปี	100,000 - 2,200,000	ทำเท่าเดิมหรือน้อยกว่าเดิม
			เพิ่มวงเงินวงเงินเดิม
			ทำเท่าเดิมหรือน้อยกว่าเดิม
คู่สมรส	20 - 85 ปี	100,000 - 1,000,000	เพิ่มวงเงินวงเงินเดิม
			ทำเท่าเดิมหรือน้อยกว่าเดิม
บิดา/มารดา	20 - 85 ปี	100,000 - 1,000,000	เพิ่มวงเงินวงเงินเดิม
			ทำเท่าเดิมหรือน้อยกว่าเดิม
บุตร	ไม่เกิน 25 ปี	100,000 - 1,000,000	เพิ่มวงเงินวงเงินเดิม

หมายเหตุ

1. บิดา มารดา สมัครได้เฉพาะรายละเดิมที่ร่วมโครงการฯ ในปี 2568 เท่านั้น ไม่รับสมัครรายใหม่
2. อาชีพผู้เข้าร่วมโครงการ สมาชิก คู่สมรส กรณีสมัครใหม่ ต้องมีอายุไม่เกิน 70 ปี และบุตรอายุไม่เกิน 25 ปี ส่วนกรณีสมัครต่อเนื่องจากโครงการเดิม สมาชิก คู่สมรส บิดา มารดา ต้องมีอายุไม่เกิน 85 ปี และบุตรอายุไม่เกิน 25 ปี และหากต่อมาจากเดิม
3. ระยะเวลาคืนประกัน มีกำหนด 1 ปี โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2569 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2569 กรณีสมาชิกออกจากสหกรณ์ หรือถึงแก่กรรมระหว่างปี สมาชิกที่ออกจากสหกรณ์ หรือ คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร ที่ร่วมโครงการ จะได้รับความคุ้มครองต่อไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2569
4. กรณีบุตรของสมาชิก หากบิดาและมารดาต่างเป็นสมาชิกทั้งคู่ สามารถยื่นใบสมัครประกันชีวิตฯ ให้กับบุตรได้ แต่บุตรที่จะสมัครโครงการประกันชีวิตฯ นั้นต้องไม่เข้ากัน
5. ผู้สมัครใหม่ **จะต้องส่งใบแสดงสุขภาพทุกราย** ส่วนผู้สมัครต่อเนื่องเนื่องจากโครงการเดิม จะต้องส่งใบแสดงสุขภาพของทุกรายเฉพาะที่เพิ่มวงเงินคุ้มครองสูงกว่าโครงการเดิม
6. การแสดงสุขภาพ ผู้เข้าร่วมโครงการที่ส่งใบแสดงสุขภาพจะถือว่าตนมีความเป็นจริง พร้อมลงลายมือชื่อด้วยตนเอง ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ และบริษัทฯ มีสิทธิที่จะปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทนและจะจ่ายเฉพาะเงินค่าเบี้ยประกันคืน



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามาศ 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 กด-เบิ้ลเลขที่ 0107555000376
www.krungthai-axa.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสหกรณ์

ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

สหกรณ์ออมทรัพย์กรรมการปกครอง จำกัด

เลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

1. ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ)
วันเดือนปีเกิด เดือน พ.ศ. อายุ ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่
*** ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก. ตำแหน่งหน้าที่
มีความเกี่ยวข้องกับ สหกรณ์ออมทรัพย์กรรมการปกครอง จำกัด โดยเป็น สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์กรรมการปกครอง จำกัด
☐ สมาชิกของ สหกรณ์ออมทรัพย์กรรมการปกครอง จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก
☐ บิดา/มารดา ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ของสมาชิก ชื่อ นามสกุล
เลขทะเบียนสมาชิก
2. สมาชิกของ สหกรณ์ออมทรัพย์กรรมการปกครอง จำกัด ☐ มิได้กู้เงินกับ ☐ ไม่ต้องกรอกข้อมูลเนื่องจากเป็นภาคสมัครใจ
☐ ได้กู้เงินไว้กับ ☐ ไม่ต้องกรอกข้อมูล เลขที่คำขอกู้ จำนวนเงินกู้ บาท
3. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน/อาคาร ซอย
ถนน ตำบล อำเภอ
จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

4. แบบประกันที่ต้องการ

แผนประกันภัย		ความคุ้มครอง
☐ สมาชิก	☐ มารดา	จำนวนเงิน บาท
☐ คู่สมรส		จำนวนเงิน บาท
☐ บุตร		จำนวนเงิน บาท
☐ บิดา		จำนวนเงิน บาท

5. ผู้รับผลประโยชน์ สหกรณ์ออมทรัพย์กรรมการปกครอง จำกัด ความสัมพันธ์ ☐ ผู้ทรงกรมธรรม์

6. ใบคำขอเอาประกันภัยชีวิต หรือการต่ออายุกรมธรรม์ชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณาหรือ
เพิ่มเบี้ยประกันหรือมีข้อจำกัด หรือแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

7. ท่านเคยเป็นวัณโรค โรคเมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือ โรคเกี่ยวกับสมองหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

8. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุราหรือสิ่งมีเมาหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยรับการรักษา
เกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

9. ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยปรึกษาแพทย์ เข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาด้านในสถานพยาบาล โรงพยาบาล
หรือสถาบันใดที่คล้ายคลึงกันหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

หากตอบคำถามใน ข้อ 6 -9 เป็นคำตอบรับว่า "เคย" โปรดกรอกแบบสอบถามแถลงสุขภาพด้านล่างเพิ่มเติม

1. ท่านได้รับการตรวจร่างกายที่ เมื่อ
2. ท่านมีอาการหรือสาเหตุอย่างไรก่อนไปรับการตรวจ
3. แพทย์แจ้งผลการตรวจเป็นอย่างไร มีสิ่งผิดปกติหรือไม่
4. ท่านได้รับการรักษาหรือไม่ หรือได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าใช่โปรดให้รายละเอียด
5. ท่านอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลากี่วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วแพทย์นัดให้ไปพบอีกหรือไม่ หรือมีอาการผิดปกติต้องไปพบแพทย์
อีกหรือไม่ อย่างไร
เมื่อใด
6. ปัจจุบันท่านยังคงได้รับการรักษาหรือไม่ ถ้ายังได้รับการรักษา ไปพบแพทย์ทุก เดือน
หรือ โดยวิธี ถ้าหยุดการรักษาแล้ว ตั้งแต่เมื่อใด
อาการปัจจุบันเป็นอย่างไร

7. กรณีเป็นโรคเบาหวาน กรุณาระบุระดับน้ำตาลครั้งแรกที่ตรวจรักษา

และระดับน้ำตาลปัจจุบัน

กรณีเป็นโรคความดันโลหิตสูง กรุณาระบุค่าความดันปัจจุบัน

กรณีท่านดื่มสุรา ท่านดื่มบ่อยแค่ไหน จำนวนแก้วที่ดื่มต่อวัน

การให้ถ้อยคำ การให้ความยินยอม และการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่า ถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัท ฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้าแจ้งมอบข้อมูลหรือประวัติการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกทางการแพทย์ใดๆ ของข้าพเจ้า ต่อบริษัทไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัท ฯ ได้ และสำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือมีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับและข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เผยแพร่ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือ จ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้ากับบริษัทอื่นได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ซึ่งรวมทั้งบริษัทใด ๆ ในเครือบริษัท ไม่ว่าจะอยู่ในหรือนอกประเทศไทยก็ตาม ใช้ เผยแพร่ หรือโอน ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดที่เกี่ยวกับข้าพเจ้า (ไม่ว่าข้าพเจ้าหรือบุคคลอื่นจะเป็นผู้ให้ข้อมูลนั้น) ให้แก่บุคคลใด ๆ ทั้งในและ/หรือนอกประเทศไทยเพื่อวัตถุประสงค์ใด ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ คำสั่งศาล คำร้องขอใด ๆ หรือคำสั่งของหน่วยงานกำกับดูแลใด ๆ และ/หรือเพื่อการดำเนินการ การพัฒนาการประกอบการของบริษัท

เขียนที่ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด

วันที่

เดือน

พ.ศ.

นายหน้า/ตัวแทนได้ตรวจสอบต้นฉบับของเอกสารแสดงตนของผู้ขอเอา

ประกันภัย และเห็นว่าตรงกับสำเนารูปถ่ายเอกสารที่ส่งมอบให้แก่บริษัท

ลงชื่อ

(

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ

(

พยาน

ลงชื่อ

(

พยาน

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ลงชื่อเป็นพยานด้วย)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. ไม่ต้องกรอกข้อมูลเนื่องจากได้ระบุในเอกสารใบสมัครของสหกรณ์ฯ แล้ว

เลขทะเบียนสมาชิก ไม่ต้องกรอก

สังกัด ไม่ต้องกรอก

ยินยอมให้สหกรณ์หักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตกลุ่ม

ของผู้ขอเอาประกันภัยซึ่งเกี่ยวข้องเป็น

ของข้าพเจ้า

เอกสารแนบ

1.สำเนาบัตรประชาชน

2.สำเนาทะเบียนบ้าน

3.กรณีคู่สมรสแนบบัตรประชาชนคู่สมรส ทะเบียนบ้าน

ลงชื่อ

(

ผู้ให้คำยินยอม