5๗๗

(ลงเฉพาะทางอินเทอร์เน็ตเท่านั้น)

# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช โทร. ๐-๗๕๓๕-๖๑๔๔

ที่ นศ ๐๐๒๓.๕/ว ๗๒๒ วันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๕๖

เรื่อง โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน ทุกกลุ่มงาน และท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ

ตามที่สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ได้แจ้งการจัดทำโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๕ – ๒๕๕๖ ของสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ซึ่งความคุ้มครองตามโครงการดังกล่าวจะสิ้นสุดลงในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๖ นั้น

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด ได้รับแจ้งจากสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ว่าได้ร่วมกับบริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จัดทำโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๗ – ๒๕๕๘ โดยความคุ้มครองเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๗ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ และสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะจัดทำประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ให้สมาชิกในวงเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท เว้นแต่สมาชิกมีความประสงค์จะเพิ่มวงเงินของตนเองหรือประสงค์จะทำประกันให้แก่คู่สมรส บิดา/มารดา หรือบุตร ซึ่งสมาชิกจะต้องชำระค่าเบี้ยประกันเพิ่มเติมเอง โดยกรอกรายละเอียดลงในใบสมัครเข้าร่วมโครงการและจัดส่งให้กลุ่มงานการเงินฯ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช ภายในวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๖ หากพ้นกำหนดเวลาดังกล่าวจะถือว่าสมาชิกไม่ประสงค์จะทำประกันชีวิตเพิ่มเติมให้กับตนเองรวมทั้งทำประกันชีวิตให้กับบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้ สามารถดูรายละเอียดโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๗ – ๒๕๕๘ ที่แนบมาพร้อมนี้ หรือที่เว็บไซต์สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ www.codopa.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบต่อไป

(นายสงกรานต์ ไมยวงษ์)
ท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช

# รายละเอียดโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘

## โดยบริษัท ทิพยประกันชีวิต 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 ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘**

**๑. ความคุ้มครอง** มีผลบังคับ ๒ ปี โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๗ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๘ ยกเว้น สมาชิกออกจากสหกรณ์ หรือถึงแก่กรรมระหว่างปี คู่สมรส บิดา/มารดา บุตรของสมาชิก จะได้รับสิทธิคุ้มครองจากบริษัทฯ จนสิ้นสุดปีนั้น)

**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 ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖ สามารถสมัครทำประกันได้ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก)

**๓. การชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต**

๓.๑ ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ชำระค่าเบี้ยประกันเป็นรายปี

๓.๒ สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันจากเงินปันผล - เงินเฉลี่ยคืน ประจำปี ๒๕๕๖ และ ปี ๒๕๕๗ และหากไม่เพียงพอจะเรียกเก็บจากเงินได้รายเดือนของสมาชิก

๓.๓ สมาชิกที่ถูกอายัดเงินปันผล - เงินเฉลี่ยคืน ขอให้สมาชิกซื้อตั๋วแลกเงินธนาคาร (เท่านั้น) เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันตลอดโครงการ (๒ ปี) โดยสั่งจ่ายในนาม " สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด " ส่งมาพร้อมใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ **(หากไม่ส่งเงินค่าเบี้ยประกันพร้อมใบสมัครฯ จะถือว่าไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการฯ และสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ไม่ต้องแจ้งให้ทราบ)**

**๔. เงื่อนไขในการรับประกันของผู้เข้าร่วมโครงการฯ**

**๔.๑ อายุของผู้เข้าร่วมโครงการฯ**

๔.๑.๑ อายุตั้งแต่ ๒๐ ปี แต่ไม่เกิน ๘๕ ปี บริบูรณ์ (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๗) สำหรับสมาชิก บิดา/มารดา คู่สมรสของสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖ (เดิม) และสมัครทำประกันชีวิตฯ ต่อเนื่องในโครงการนี้

/ ๔.๑.๒ อายุตั้งแต่ ๒๐ ปี ....

๔.๑.๒ <u>อายุตั้งแต่ ๒๐ ปี แต่ไม่เกิน ๗๐ ปีบริบูรณ์</u> (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๗) สำหรับสมาชิก บิดา/มารดา คู่สมรสของสมาชิก<u>ที่ไม่ได้เข้าร่วม</u>โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖ (เดิม)

๔.๑.๓ <u>อายุตั้งแต่ ๑๔ วัน แต่ไม่เกิน ๒๐ ปีบริบูรณ์</u> (ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๗) สำหรับบุตรของสมาชิก และยังไม่ได้สมรสตามกฎหมาย

**๔.๒ การแถลงสุขภาพ** (การตอบแบบสอบถามในใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันชีวิตกลุ่ม (แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพของบริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)) แบ่งตามประเภทผู้เข้าร่วมโครงการ ดังนี้

๔.๒.๑ <u>สมาชิก</u> มีรายละเอียดดังนี้

ก. <u>กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ</u>

- สมาชิกเดิม หรือผู้กู้เดิม **(ผู้ที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖)** ทำประกันต่อเนื่องในทุนประกันเดิม

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

ข. <u>กรณีแถลงสุขภาพ</u>

- สมาชิกเดิม หรือผู้กู้เดิม **(ผู้ที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖)** หรือสมาชิกที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖ ขอเพิ่มหรือซื้อวงเงินคุ้มครองเกินกว่า ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท

- สมาชิกเดิมที่มีอายุเกิน ๗๐ ปี ซึ่งเข้าร่วมโครงการต่อเนื่องและขอเพิ่มความคุ้มครองจากวงเงินเดิม

สมาชิกที่ได้กู้เงินสามัญ ซึ่งต้องทำประกันชีวิตฯ ตามระเบียบว่าด้วยการให้เงินกู้แก่สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะดำเนินการจัดทำประกันชีวิตต่อเนื่องตามวงเงินที่สมาชิกได้ทำสัญญาเงินกู้สามัญให้กับสมาชิกดังกล่าวทุกราย โดยจะเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันจากเงินปันผล - เงินเฉลี่ยคืนของสมาชิกนั้น

๔.๒.๒ <u>คู่สมรสของสมาชิก</u> มีรายละเอียดดังนี้

ก. <u>กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ</u>

- คู่สมรสเดิม **(ผู้ที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖)** ทำประกันต่อเนื่องในทุนประกันเดิม

- คู่สมรสที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖ (อายุ ๒๐ - ๗๐ ปี) ซึ่งเข้าร่วมโครงการเป็นครั้งแรก และสามารถทำประกันได้ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก

ข. <u>กรณีแถลงสุขภาพ</u>

- คู่สมรสเดิม ขอเพิ่มวงเงินคุ้มครองจากวงเงินเดิม และทำประกันเพิ่มได้ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก

/ ๔.๒.๓ <u>บิดา</u> ....

๔.๒.๓ <u>บิดา/มารดาของสมาชิก</u> มีรายละเอียดดังนี้

ก. <u>กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ</u>

- บิดา/มารดาเดิม **(ผู้ที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖)** ทำประกันต่อเนื่องในทุนประกันเดิม

ข. <u>กรณีแถลงสุขภาพ</u>

- บิดา/มารดาเดิม ขอเพิ่มวงเงินคุ้มครองจากวงเงินเดิม และทำประกันเพิ่มได้ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก

- บิดา/มารดาที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖ (อายุ ๒๐ - ๗๐ ปี) ซึ่งเข้าร่วมโครงการเป็นครั้งแรก และสามารถทำประกันได้ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก

๔.๒.๔ <u>บุตรของสมาชิก</u> **ไม่ต้องแถลงสุขภาพ** มีรายละเอียดดังนี้

- บุตรเดิม **(ผู้ที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖)** ทำประกันต่อเนื่องในทุนประกันเดิมหรือขอเพิ่มความคุ้มครองจากวงเงินเดิม และทำประกันเพิ่มได้ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก

- บุตรที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖ อายุ ๑๔ วัน - ๒๐ ปี) ซึ่งเข้าร่วมโครงการเป็นครั้งแรก และสามารถทำประกันได้ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก

๕. คู่สมรส บิดา/มารดา บุตรของสมาชิกที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๖ ซึ่งสมัครทำประกันชีวิตฯ ในโครงการนี้ จะต้องมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นโรคร้ายแรง ณ วันเริ่มทำประกัน

๖. ผู้เข้าร่วมโครงการฯ จะต้องแถลงสุขภาพตามความเป็นจริงพร้อม<u>ลงลายมือชื่อด้วยตนเอง</u> ในใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันชีวิตกลุ่ม (แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพของบริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)) การแถลงสุขภาพเป็นเท็จหรือปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ ย่อมเป็นเหตุให้บริษัทประกันฯ มีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันฯ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา ๘๖๕

๗. ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ที่มีการแถลงสุขภาพตามแบบฟอร์มบริษัทฯ และบริษัทฯ มีสิทธิพิสูจน์สาเหตุการตาย และหากผู้เข้าร่วมโครงการฯ ปกปิดสาเหตุแห่งการเจ็บป่วยซึ่งเป็นมาก่อนการทำประกันบริษัทฯ มีสิทธิที่จะปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทน ภายในระยะเวลา ๑ ปี นับจากวันที่มีผลบังคับคุ้มครอง และบริษัทฯ จะมีเพียงจ่ายคืนค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้ชำระแล้ว

๘. ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ที่มีการแถลงสุขภาพ จะต้องส่งใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันชีวิตกลุ่ม (แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพของบริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)) มาพร้อมกับใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ มิฉะนั้นบริษัทฯ จะไม่พิจารณารับเข้าร่วมโครงการฯ

๙. **ผลประโยชน์และความคุ้มครองของผู้เข้าร่วมโครงการฯ** (ตามตารางผลประโยชน์ฯ หน้า ๔)

๑๐. **ราคาค่าเบี้ยประกันชีวิตตามวงเงินความคุ้มครองของผู้เข้าร่วมโครงการฯ** (ตามตารางค่าเบี้ยประกันฯ หน้า ๕)

**/ ตารางผลประโยชน์ฯ ....**

# ตารางผลประโยชน์และความคุ้มครอง
# โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ปี 2557 - 2558

| ผลประโยชน์และความคุ้มครอง | ทุนประกัน (บาท) |
|---|---|
| **1. การประกันชีวิต**<br>คุ้มครองเสียชีวิตทุกกรณี ตลอดเวลา 24 ชม. ทุกสถานที่ทั่วโลก<br><u>ยกเว้น</u> ฆ่าตัวตายในปีแรก หรือถูกผู้รับประโยชน์ฆ่าตาย | 100,000 |
| **2. การประกันอุบัติเหตุ**<br>คุ้มครองการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง | |
| 2.1 เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ | 100,000 |
| 2.2 ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง | 100,000 |
| 2.3 สูญเสียมือ 2 ข้าง หรือเท้า 2 ข้าง หรือสายตา 2 ข้าง | 100,000 |
| 2.4 สูญเสียมือ 1 ข้าง และเท้า 1 ข้าง | 100,000 |
| 2.5 สูญเสียมือ 1 ข้าง และสายตา 1 ข้าง | 100,000 |
| 2.6 สูญเสียเท้า 1 ข้าง และสายตา 1 ข้าง | 100,000 |
| 2.7 สูญเสียมือ 1 ข้าง | 60,000 |
| 2.8 สูญเสียเท้า 1 ข้าง | 60,000 |
| 2.9 สูญเสียสายตา 1 ข้าง | 60,000 |
| 2.10 สูญเสียนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของมือข้างเดียวกัน โดยต้องตัดออกไปที่หรือเหนือโคนนิ้ว | 25,000 |
| <u>**ขยายความคุ้มครอง**</u> | |
| 1. อุบัติเหตุสาธารณะภัย (โดยสารรถไฟ รถประจำทาง ลิฟท์ ไฟไหม้ โรงแรม โรงมหรสพ | 200,000 |
| หรืออาคารสาธารณะ) | |
| 2. ฆาตกรรม หรือ ถูกลอบทำร้าย | 100,000 |
| 3. การขับขี่โดยสารรถจักรยานยนต์ | 100,000 |
| **3. ประกันทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง**<br>กรณีเจ็บป่วย หรือประสบอุบัติเหตุ (จ่ายงวดเดียว) | 100,000 |

<u>**หมายเหตุ**</u> ** ตารางผลประโยชน์และความคุ้มครอง สามารถคำนวณได้ตามวงเงินคุ้มครองที่เพิ่มเติมของผู้เข้าร่วมโครงการฯ แล้วแต่กรณีของวงเงินที่เอาประกัน **

/ ตารางราคาค่าเบี้ยฯ ....

# ตารางราคาค่าเบี้ยประกันโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่

## ปี 2557 - 2558

| วงเงินคุ้มครอง (ราคา/ปี) | ผู้เข้าร่วมโครงการ | | | |
|---|---|---|---|---|
| | สมาชิก | คู่สมรส | บิดา/มารดา | บุตร |
| 100,000 | - | 750.- | 2,200.- | 250.- |
| 200,000 | 450.- | 1,500.- | 4,400.- | 500.- |
| 300,000 | 900.- | 2,250.- | 6,600.- | 750.- |
| 400,000 | 1,350.- | 3,000.- | 8,800.- | 1,000.- |
| 500,000 | 1,800.- | 3,750.- | 11,000.- | 1,250.- |
| 600,000 | 2,250.- | 4,500.- | 13,200.- | 1,500.- |
| 700,000 | 2,700.- | 5,250.- | 15,400.- | 1,750.- |
| 800,000 | 3,150.- | 6,000.- | 17,600.- | 2,000.- |
| 900,000 | 3,600.- | 6,750.- | 19,800.- | 2,250.- |
| 1,000,000 | 4,050.- | 7,500.- | 22,000.- | 2,500.- |
| 1,100,000 | 4,500.- | - | - | - |
| 1,200,000 | 4,950.- | - | - | - |
| 1,300,000 | 5,400.- | - | - | - |
| 1,400,000 | 5,850.- | - | - | - |
| 1,500,000 | 6,300.- | - | - | - |
| 1,600,000 | 6,750.- | - | - | - |
| 1,700,000 | 7,200.- | - | - | - |
| 1,800,000 | 7,650.- | - | - | - |
| 1,900,000 | 8,100.- | - | - | - |
| 2,000,000 | 8,550.- | - | - | - |

**หมายเหตุ** 1. สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ วงเงินคุ้มครอง 100,000.- บาท แรก สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จ่ายให้สมาชิก

2. กรุณาส่งใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตฯ ปี 2557 - 2558 **ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2556** ละสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะถือเอาวันและเวลาที่ไปรษณีย์ต้นทางลงรับเป็นสำคัญ หากพ้นกำหนดจะไม่รับพิจารณาใบสมัครฯ

# ใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ สมาชิกเลขที่ .....

## ประจำปี 2557 - 2558

ชื่อ - นามสกุล ..... ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

วัน/เดือน/ปี เกิด . ..... อายุ ..... ปี สังกัด/กรม .....

กอง/อำเภอ/จังหว .....ท. ..... โทร. (มือถือ) ..... โทร. (ที่ทำงาน) .....

คำชี้แจง - กรุณา านรายละเอียดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขโครงการฯ โดยละเอียด พร้อมศึกษาตัวอย่างใบสมัครก่อนและกรอกข้อความให้ถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ และเลือกวงเงินคุ้ม รองของสมาชิกและบุคคลในครอบครัว (กรอกรายละเอียดตัวบรรจง)

[redacted]

วงเงิน คุ้มครอง ..... บาท

[redacted]

(กรุณาระบุ วัน เ อน ปี (เกิด) ตามบัตรประชาชน)

บิดา (ชื่อ - สกุ ) .....

วัน เดือน ปี (เ ด) .....อายุ.....ปี

วงเงินคุ้มครอง ..... บาท

มารดา (ชื่อ - ส กุล) .....

วัน เดือน ปี (เ ด) .....อายุ.....ปี

วงเงินคุ้มครอง ..... บาท

**คู่สมรส** (ชื่อ - กุล) .....

วัน เดือน ปี (เ ด) .....อายุ.....ปี

วงเงินคุ้มครอง ..... บาท

| บุตร (ชื่อ - สก ล) | วัน เดือน ปี (เกิด)/อายุ | วงเงินคุ้มครอง |
|---|---|---|
| 1..... | ..... | .....(.....ปี)..... |
| 2..... | ..... | .....(.....ปี)..... |
| 3..... | ..... | .....(.....ปี)..... |
| 4..... | ..... | .....(.....ปี)..... |

**ข้อควรทราบ**

ผู้ที่เข้าร่วมโครงการฯ ประจำปี 2557 - 2558

- ต่อเนื่อง (จากโครงการประกันชีวิตฯ ปี 2555 - 2556)
  (สมัครได้ตั้งแต่อายุ 20 ปี - 85 ปีบริบูรณ์)
- สมัครใหม่
  (สมัครได้ตั้งแต่อายุ 20 ปี - 70 ปีบริบูรณ์เท่านั้น)

**ค่าเบี้ยประกัน**

สมาชิก ..... บาท/ปี

คู่สมรส ..... บาท/ปี

บิดา ..... บาท/ปี

มารดา ..... บาท/ปี

บุตร.....คน ..... บาท/ปี

รวมเป็นเงิน..... บาท/ปี

หากเงินปันผล - เงินเฉลี่ยคืนไม่พอหักเงินค่าเบี้ยประกันฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้ส่วนราชการหักจากเงินได้รายเดือน

ลายมือชื่อ .....ผู้สมัคร

(.....)

สมาชิกเลขที่ .....

ลายมือชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง .....

**หมายเหตุ** 1. ห เดเขตยื่นใบสมัครภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2556 ทั้งนี้ จะถือเอาวันและเวลาที่ไปรษณีย์ต้นทางลงรับเป็นสำคัญ หากพ้นกำหนดเวลา จ ถือว่าไม่ประสงค์ทำประกันชีวิตเพิ่มเติมให้กับตนเองรวมทั้งทำประกันชีวิตให้กับบุคคลในครอบครัว

2. ดู ายละเอียดของโครงการโครงการประกันชีวิตฯ และดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ www.codopa.com

(โปรดพลิกอ่านหลักเกณฑ์ฯ)

กรุณาอ่านรายละเอียดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขโครงการประกันชีวิตฯ โดยละเอียด ทางเว็บไซต์ www.codopa.com พร้อมศึกษาตัวอย่างใบสมัครฯ ก่อนกรอกข้อความในใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตฯ ดังนี้.-

| วงเงินคุ้มครอง (ราคา/ปี) | ผู้เข้าร่วมโครงการ | | | |
|---|---|---|---|---|
| | สมาชิก | คู่สมรส | บิดา/มารดา | บุตร |
| 100,000 | - | 750.- | 2,200.- | 250.- |
| 200,000 | 450.- | 1,500.- | 4,400.- | 500.- |
| 300,000 | 900.- | 2,250.- | 6,600.- | 750.- |
| 400,000 | 1,350.- | 3,000.- | 8,800.- | 1,000.- |
| 500,000 | 1,800.- | 3,750.- | 11,000.- | 1,250.- |
| 600,000 | 2,250.- | 4,500.- | 13,200.- | 1,500.- |
| 700,000 | 2,700.- | 5,250.- | 15,400.- | 1,750.- |
| 800,000 | 3,150.- | 6,000.- | 17,600.- | 2,000.- |
| 900,000 | 3,600.- | 6,750.- | 19,800.- | 2,250.- |
| 1,000,000 | 4,050.- | 7,500.- | 22,000.- | 2,500.- |

| วงเงินคุ้มครอง (ราคา/ปี) | ผู้เข้าร่วมโครงการ | | | |
|---|---|---|---|---|
| | สมาชิก | คู่สมรส | บิดา/มารดา | บุตร |
| 1,100,000 | 4,500.- | - | - | - |
| 1,200,000 | 4,950.- | - | - | - |
| 1,300,000 | 5,400.- | - | - | - |
| 1,400,000 | 5,850.- | - | - | - |
| 1,500,000 | 6,300.- | - | - | - |
| 1,600,000 | 6,750.- | - | - | - |
| 1,700,000 | 7,200.- | - | - | - |
| 1,800,000 | 7,650.- | - | - | - |
| 1,900,000 | 8,100.- | - | - | - |
| 2,000,000 | 8,550.- | - | - | - |

**เงื่อนไขในการรับประกันของผู้เข้าร่วมโครงการฯ**

❖ **อายุของผู้เข้าร่วมโครงการฯ**

1. **อายุตั้งแต่ 20 ปี แต่ไม่เกิน 85 ปี บริบูรณ์** (ณ วันที่ 1 มกราคม 2557) สำหรับสมาชิก บิดา/มารดา คู่สมรสของสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี 2555 - 2556 (เดิม) และสมัครทำประกันชีวิตฯ ต่อเนื่องในโครงการนี้
2. **อายุตั้งแต่ 20 ปี แต่ไม่เกิน 70 ปีบริบูรณ์** (ณ วันที่ 1 มกราคม 2557) สำหรับสมาชิก บิดา/มารดา คู่สมรสของสมาชิกที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ประจำปี 2555 - 2556 (เดิม)
3. **อายุตั้งแต่ 14 วัน แต่ไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์** (ณ วันที่ 1 มกราคม 2557) สำหรับบุตรของสมาชิก และยังไม่ได้สมรสตามกฎหมาย

❖ **การแถลงสุขภาพ** (การตอบแบบสอบถามในใบคำขอเอาประกันกลุ่มแบบฟอร์มของบริษัทฯ) แบ่งตามประเภทผู้เข้าร่วมโครงการ ดังนี้

1. **สมาชิก** มีรายละเอียดดังนี้ ก. **กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ** ① สมาชิกเดิม หรือผู้กู้เดิม **(ผู้ที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี 2555 - 2556)** ทำประกันต่อเนื่องในทุนประกันเดิม
② สมาชิกเดิม หรือผู้กู้เดิม หรือสมาชิกที่สมัครเข้าใหม่ ที่มีอายุไม่เกิน 70 ปีบริบูรณ์ ขอเพิ่มหรือซื้อวงเงินคุ้มครองไม่เกิน 1,000,000 บาท
ข. **กรณีแถลงสุขภาพ** ① สมาชิกเดิม หรือผู้กู้เดิม **(ผู้ที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี 2555 - 2556)** หรือสมาชิกที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี 2555 - 2556 ขอเพิ่มหรือซื้อวงเงินคุ้มครองเกินกว่า 1,000,000 บาท ② สมาชิกเดิมที่มีอายุเกิน 70 ปี ซึ่งเข้าร่วมโครงการต่อเนื่องและขอเพิ่มความคุ้มครองจากวงเงินเดิม **ทั้งนี้** สมาชิกที่ได้กู้เงินสามัญ ซึ่งต้องทำประกันชีวิตฯ ตามระเบียบว่าด้วยการให้เงินกู้แก่สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะดำเนินการจัดทำประกันชีวิตต่อเนื่องตามวงเงินที่สมาชิกได้ทำสัญญาเงินกู้สามัญให้กับสมาชิกดังกล่าวทุกราย โดยจะเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันจากเงินปันผล - เงินเฉลี่ยคืนของสมาชิกนั้น

2. **คู่สมรสของสมาชิก** มีรายละเอียดดังนี้ ก. **กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ** ① คู่สมรสเดิม **(ผู้ที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี 2555 - 2556)** ทำประกันต่อเนื่องในทุนประกันเดิม ② คู่สมรสที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี 2555 - 2556 (อายุ 20 - 70 ปี) ซึ่งเข้าร่วมโครงการเป็นครั้งแรก และสามารถทำประกันได้ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก
ข. **กรณีแถลงสุขภาพ** ① คู่สมรสเดิม ขอเพิ่มวงเงินคุ้มครองจากวงเงินเดิม และทำประกันเพิ่มได้ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก

3. **บิดา/มารดาของสมาชิก** มีรายละเอียดดังนี้ ก. **กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ** ① บิดา/มารดาเดิม **(ผู้ที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี 2555 - 2556)** ทำประกันต่อเนื่องในทุนประกันเดิม
ข. **กรณีแถลงสุขภาพ** ① บิดา/มารดาเดิม ขอเพิ่มวงเงินคุ้มครองจากวงเงินเดิม และทำประกันเพิ่มได้ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก ② บิดา/มารดาที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี 2555 - 2556 (อายุ 20 - 70 ปี) ซึ่งเข้าร่วมโครงการเป็นครั้งแรก และสามารถทำประกันได้ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก

4. **บุตรของสมาชิก** ไม่ต้องแถลงสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้ ① บุตรเดิม **(ผู้ที่เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี 2555 - 2556)** ทำประกันต่อเนื่องในทุนประกันเดิมหรือขอเพิ่มความคุ้มครองจากวงเงินเดิม และทำประกันเพิ่มได้ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก ② บุตรที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี 2555 - 2556 (อายุ 14 วัน - 20 ปี) ซึ่งเข้าร่วมโครงการเป็นครั้งแรก และสามารถทำประกันได้ไม่เกินทุนประกันของสมาชิก

❖ คู่สมรส บิดา/มารดา บุตรของสมาชิกที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี 2555 - 2556 ซึ่งสมัครทำประกันชีวิตฯ ในโครงการนี้ จะต้องมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นโรคร้ายแรง ณ วันเริ่มทำประกัน

❖ ผู้เข้าร่วมโครงการฯ จะต้องแถลงสุขภาพตามความเป็นจริงพร้อม**ลงลายมือชื่อด้วยตนเอง** ในใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม (แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพของบริษัทฯ) การแถลงสุขภาพเป็นเท็จหรือเป็นเท็จหรือปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ ย่อมเป็นเหตุให้บริษัทประกันฯ มีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันฯ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 หากไม่ส่งใบแถลงสุขภาพ มาพร้อมใบสมัครฯ บริษัทฯ จะไม่พิจารณารับเข้าร่วมโครงการฯ

❖ ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ที่มีการแถลงสุขภาพตามแบบฟอร์มบริษัทฯ และบริษัทฯ มีสิทธิพิสูจน์สาเหตุการตาย และหากผู้เข้าร่วมโครงการฯ ปกปิดสาเหตุแห่งการเจ็บป่วยซึ่งเป็นมาก่อนการทำประกัน บริษัทฯ มีสิทธิที่จะปฏิเสธการจ่ายสินไหมทดแทน ภายในระยะเวลา 1 ปี นับจากวันที่มีผลบังคับคุ้มครอง และบริษัทฯ จะมีเพียงจ่ายคืนค่าเบี้ยประกันภัยที่ได้ชำระแล้ว

❖ กรณีคู่สมรสต่างเป็นสมาชิก การขอเพิ่มวงเงินคุ้มครองให้สมาชิกยื่นความจำนงด้วยตนเอง และบุตรของสมาชิก หากบิดามารดาต่างเป็นสมาชิก บิดา/มารดา สามารถยื่นใบสมัครประกันชีวิตฯ ให้กับบุตร ซึ่งบุตรที่จะสมัครโครงการประกันชีวิตฯ ต้องไม่ซ้ำกัน

❖ สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะหักค่าเบี้ยประกันของสมาชิกและที่ทำให้บุคคลในครอบครัวจากเงินปันผล-เงินเฉลี่ยคืน ประจำปี 2556-2557 หากเงินปันผลฯไม่พอหักสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะให้ส่วนราชการหักเงินได้รายเดือนของสมาชิกต่อไป ผู้มีนามข้างล่างนี้ยินยอมให้ส่วนราชการหักจากเงินได้รายเดือนได้

**โปรดพลิกด้านใบสมัครฯ**

# คำแนะนำการกรอกใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันชีวิตกลุ่ม

## แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพของบริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน))

## และตัวอย่าง

**คำแนะนำการกรอกเอกสาร**

**ผู้ขอเอาประกันต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงและครบถ้วน ดังนี้**

1. ต้องกรอกชื่อ- นามสกุล วัน/เดือน/ปี เกิด อายุ และเลขที่บัตรประชาชน ตามที่ระบุในช่องให้ชัดเจน ตั้งแต่ ข้อ 2. และ ข้อ 3.

2. ต้องตอบคำถามให้ครบถ้วน ข้อ 5 ตั้งแต่ ข้อ. ก ถึง ข้อ ง. และหากมีคำตอบว่าเคย ต้องระบุรายละเอียดของโรค, ชื่อโรค, วันที่รักษา, ผลการรักษา และสถานที่รักษา

** 3. **ผู้ขอเอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อด้วยตนเอง** หรือกรณีผู้ขอเอาประกันภัยไม่สามารถลงลายมือชื่อได้ ให้ทำเป็นลายนิ้วหัวแม่มือขวาพร้อมทั้งมีพยานลงลายมือชื่อรับรอง 2 คน **

4. สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนา

**หมายเหตุ**

สำหรับการกรอกรายละเอียด ไม่ควรแก้ไข ขูดลบ ข้อความในสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันชีวิตกลุ่ม (แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพของบริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)) หากจำเป็นต้องแก้ไข อย่าใช้วิธีการลบข้อความขอให้ขีดฆ่าคำที่ไม่ต้องการออก แล้วเขียนคำที่ต้องการลงไปแทน และขอให้ผู้ขอเอาประกันภัยลงลายมือชื่อกำกับการขีดฆ่าข้อความนั้นด้วย แต่หากมีการขีดฆ่าข้อความหลายแห่งควรเขียนใบคำขอเอาประกันฉบับใหม่

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

**ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามในแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อและการปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865**

โดยทั้งนี้บริษัทฯ จะพิจารณาถ้อยแถลงของผู้สมัครเอาประกันภัยที่ครบถ้วนเท่านั้น และเมื่อบริษัทฯ พิจารณาแล้วและจะแจ้งผลการพิจารณารับประกันให้สหกรณ์ฯ ทราบ ที่เว็บไซต์สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ www.codopa.com

**ตัวอย่างการกรอกใบสมัครโครงการประกันชีวิตฯ และใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันชีวิตกลุ่ม**

(แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพของบริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน))

★ **ตัวอย่างใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ปี 2557-2558** (การกรอกเอกสารที่ครบถ้วน หน้า 1)

★ **ตัวอย่างใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันชีวิตกลุ่ม** (แบบฟอร์มการแถลงสุขภาพของบริษัท ทิพยประกันชีวิต ฯ)
การกรอกเอกสารที่ครบถ้วนใน 2 ตัวอย่าง คือ

1. ตัวอย่างที่ 1 กรณีไม่เคยเจ็บป่วย (หน้า 2)
2. ตัวอย่างที่ 2 กรณีเคยเข้ารับการรักษา (หน้า 3)

**(ตามตัวอย่างที่แนบท้ายนี้)**

คำเตือน สำนัก านคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้เอาประกันชีวิตต้องตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อหาก ปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตร 865

Warning fro Office of Insurance Commission. The applicant for life insurance shall answer questions in the questionnaire form truly, coverin every clause. Any cover up of facts may result in the insurance company refusing to pay compensation in accordance with the Life ssurance Agreement under Section 865 of Civil and Commercial Code.

# ทิพยประกันชีวิต
DHIPAYA LIFE ASSURANCE

เลขที่ใบสมัคร.....
(Application No.)

## ใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

**(Application For Group Life Insurance)**

ทุนประกัน.....
FCL.....
เข้าใหม่ ☐ เริ่ม กธ. ☐ ระหว่างปี

- กรม รรม์กลุ่มเลขที่ (Policy No.).....-L.....-H
- ใบรั รองเลขที่ (Certificate No.).....

1. ชื่อผู้ทรง รมธรรม์ (Policyholder).....สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด.....
2. ชื่อสมาชิ (Insured Person) (...) นาย (Mr.) (...) นาง (Mrs.) (...) นางสาว (Miss).....
   อายุ (Age ).....ปี (Years) วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth).....ที่อยู่ (Address).....
   .....
   อาชีพ (O cupation).....ตำแหน่ง(Position).....
3. บัตรประ ตัว (I.D. card) (...) ประชาชน (Nation I.D. card) (...) ข้าราชการ (Government I.D. card) (...) อื่น ๆ
   (Other Ca d).....เลขที่ (Card No).....
4. ชื่อผู้รับประ ยชน์ (Name of Beneficiary) ได้แก่.....สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด.....
5. ให้ผู้สมัค สมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่มกรอกข้อความต่อไปนี้ (Please give details as follows)
   ก. ส่วน สูง (Height) .....ซ.ม. (c.m.) น้ำหนัก (Weight).....ก.ก.(k.g.)
   ข. ในร ยะ 5 ปี ที่ผ่านมานี้ ท่านเคยได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย หรือเคยรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือไม่
   (Ove the past 5 years have you ever been injured, sickness, and taking advice from doctor?)
   ( ) เคย (Yes) ( ) ไม่เคย (No)
   ค. ใบคำ ขอเอาประกันชีวิต หรือใบคำขอต่ออายุ กรมธรรม์ประกันชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัย ปฏิเสธ หรือเลื่อ การพิจารณา หรือต้องเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันภัยหรือไม่
   (Ha e you ever been refused, deferred for acceptation, Insurance premium increased of face any changes in policy con itions from this company of from any other company or not?)
   ( ) เคย (Yes) ( ) ไม่เคย (No)

ง. ท่าเคยเป็น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต วัณโรค โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติดให้โทษบ้าง หรือไม่ (Have you ever been heart disease, Cancer, Blood pressure, Diabetes, Liver disease, Kidney disease, Tuberculosis, and having other habit-forming drugs or not?)

( ) เคย (Yes) ( ) ไม่เคย (No)

***ถ้าตอบ **ข้อ ข. ถึง ง "เคย"** โปรดให้รายละเอียดข้างท้ายนี้ พร้อมระบุชื่อแพทย์และสถานพยาบาลที่รักษา

***In case **he answers from B to D is " Yes "**, Please give details including name and all doctors that have given treatment

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดสมบูรณ์ และเป็นความจริง และถือให้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิตกลุ่ม นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์สถานพยาบาล ซึ่งมีบันทึกประวัติ หรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าเปิดเผยให้บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบทั้งหมดเกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาลโดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ทั้งสิ้น และให้ถือสำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ (I would certify the above sentence is absolutely perfect and trustfulness. Please take the above information as part of Group Life Insurance Contract. Besides I accept and consent to doctor in the contracted hospital who has our personal health record has right to declare all information about personal diseases and treatments without any conditions. Do take this copy contract as perfectly as original copy.)

ทำที่ (Written at).....สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด.....

ลงชื่อ(Signed) .....ผู้สมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

( .....) (The Applicant of Group Life Insurance)

วัน เดือน ปี (D/M/Y)...../...../.....

สำหรับ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (For DHIPAYA LIFE ASSURANCE PUBLIC CO., LTD.)

ผลการตรวจสอบ และพิจารณา (Result of checking and consideration)

.....

.....

.....

# ใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ สมาชิกเลขที่ ..... 12345.....

ประจำปี 2557 - 2558 **** ตัวอย่าง ****

**ชื่อ - นามสกุล** .....นายรณพีร์ จุฑาเทพ..... **เลขบัตรประจำตัวประชาชน** ① - ②③④⑤ - ⑥⑦⑧⑨⓪ - ⑨⑤ - ⑨

**วัน/เดือน/ปี เกิ** .....9 กันยายน 2509 ..... **อายุ** .....48..... **ปี สังกัด/กรม** .....กรมการปกครอง.....

**กอง/อำเภอ/จัง เวัด** .....ปากเกร็ด/นนทบุรี..... **โทร. (มือถือ)** .....089-7717777..... **โทร. (ที่ทำงาน)** .....02-9511234.....

**คำชี้แจง** - กรุ าอ่านรายละเอียดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขโครงการฯ โดยละเอียด พร้อมศึกษาตัวอย่างใบสมัครก่อนและกรอกข้อความให้ถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ และเลือกวงเงิน ุ้มครองของสมาชิกและบุคคลในครอบครัว (กรอกรายละเอียดตัวบรรจง)

| ร มาชิก (วงเงินคุ้มครองตั้งแต่ 100,000 - 2,000,000 บาท) |
|---|
| วงเ นคุ้มครอง .....1,200,000..... บาท |

| ิดา มารดา คู่สมรส และบุตร (วงเงินคุ้มครองตั้งแต่ 100,000 - 1,000,000 บาท) |
|---|
| (กรุณาระบุ วั เดือน ปี (เกิด) ตามบัตรประชาชน) |
| **บิดา** (ชื่อ - กุล) .....นายพุฒิภัทร จุฑาเทพ..... |
| วัน เดือน ปี กิด) .....1 มกราคม 2483..... อายุ.....74.....ปี |
| วงเงินคุ้มคร ง ..... 200,000..... บาท |
| **มารดา** (ชื่อ สกุล) .....นางกรองแก้ว จุฑาเทพ..... |
| วัน เดือน ปี กิด) .....1 มกราคม 2493..... อายุ.....64.....ปี |
| วงเงินคุ้มคร ง ..... 200,000..... บาท |
| **คู่สมรส** (ชื่อ สกุล) .....นางเพียงขวัญ จุฑาเทพ..... |
| วัน เดือน ปี กิด) .....9 กันยายน 2512..... อายุ.....45.....ปี |
| วงเงินคุ้มคร ง ..... 800,000..... บาท |
| **บุตร** (ชื่อ - กุล) วัน เดือน ปี (เกิด)/อายุ วงเงินคุ้มครอง |
| 1.....ด.ญ.จั ทา จุฑาเทพ..... .....14 ก.พ. 2539..( 18 ปี).....100,000..... |
| 2.....ด.ช.รัง มันต์ จุฑาเทพ..... .....14 ก.พ. 2543..( 14 ปี).....100,000..... |
| 3..... ..... .....(.....ปี)..... |
| 4..... ..... .....(.....ปี)..... |

## ข้อควรทราบ

ผู้ที่เข้าร่วมโครงการฯ ประจำปี 2557 - 2558

- ต่อเนื่อง (จากโครงการประกันชีวิตฯ ปี 2555 - 2556) (สมัครได้ตั้งแต่อายุ 20 ปี - 85 ปีบริบูรณ์)
- สมัครใหม่ (สมัครได้ตั้งแต่อายุ 20 ปี - 70 ปีบริบูรณ์เท่านั้น)

## ค่าเบี้ยประกัน

| | | |
|---|---|---|
| สมาชิก | .....4,950..... | บาท/ปี |
| บิดา | .....4,400..... | บาท/ปี |
| มารดา | .....4,400..... | บาท/ปี |
| คู่สมรส | .....6,000..... | บาท/ปี |
| บุตร...2..คน | .....500..... | บาท/ปี |

**รวมเป็นเงิน.....20,250..... บาท/ปี**

**หากเงินปันผล - เงินเฉลี่ยคืนไม่พอหักเงินค่าเบี้ยประกันฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้ส่วนราชการหักจากเงินได้รายเดือน**

ลายมือชื่อ .....ผู้สมัคร

(.....นายรณพีร์ จุฑาเทพ.....)

สมาชิกเลขที่ ..... 12345.....

ลายมือชื่อ ..... ผู้ตรวจสอบ

(.....น.ส.วิไลรัมภา เทวาพรหม.....)

ตำแหน่ง .....จนท.กง.บช.ชง.....

**หมายเหตุ** 1. มดเขตยื่นใบสมัครภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๕๖ ทั้งนี้ จะถือเอาวันและเวลาที่ไปรษณีย์ต้นทางลงรับเป็นสำคัญ หากพ้นกำหนดเวลาะถือว่าไม่ประสงค์ทำประกันชีวิตเพิ่มเติมให้กับตนเองรวมทั้งทำประกันชีวิตให้กับบุคคลในครอบครัว

2. รายละเอียดของโครงการโครงการประกันชีวิตฯ และดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ www.codopa.com

** ตัวอย่าง **

คำเตือน สำนักงานค ะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้เอาประกันชีวิตต้องตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อหากปกปิ ข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

**Warning from Of ice of Insurance Commission. The applicant for life insurance shall answer questions in the questionnaire form truly, covering eve y clause. Any cover up of facts may result in the insurance company refusing to pay compensation in accordance with the Life Assu ance Agreement under Section 865 of Civil and Commercial Code.**

ทิพยประกันชีวิต
DHIPAYA LIFE ASSURANCE

เลขที่ใบสมัคร.....
(Application No.)

## ใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

**(Application For Group Life Insurance)**

ทุนประกัน.....
FCL.....
เข้าใหม่ ☐ เริ่ม กธ. ☐ ระหว่างปี

- กรมธรร กลุ่มเลขที่ (Policy No.).....-L.,.....-H
- ใบรับรอ เลขที่ (Certificate No.).....

1. ชื่อผู้ทรงกรม รรม์ (Policyholder).....สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด.....
2. ชื่อสมาชิก (I sured Person) (✓) นาย (Mr.) (...) นาง (Mrs.) (.....) นางสาว Miss).....รณพีร์ จุฑาเทพ.....
   อายุ (Age)... 8....ปี (Years) วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth)...9 ก.ย. 2509.....ที่อยู่ (Address)...เลขที่ 10 ถนนลาดปลาเค้า.....
   ...แขวงอนุส าวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพ 10220.....อาชีพ (Occupation)....รับราชการ...ตำแหน่ง(Position)... จพง. ปค. ชก. .....
3. บัตรประจำตั (I.D. card) (✓) ประชาชน (Nation I.D. card) (...) ข้าราชการ (Government I.D. card) (...) อื่น ๆ
   (Other Card). .....เลขที่ (Card No).....1 2345 67890 95 9.....
4. ชื่อผู้รับประ เชน์ (Name of Beneficiary) ได้แก่.....สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด.....
5. ให้ผู้สมัครส าชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่มกรอกข้อความต่อไปนี้ (Please give details as follows)
   ก. ส่วนสู (Height) .....162.....ซ.ม. (c.m.) น้ำหนัก (Weight).....56.....ก.ก.(k.g.)
   ข. ในระย 5 ปี ที่ผ่านมานี้ ท่านเคยได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย หรือเคยรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือไม่
   (Over t e past 5 years have you ever been injured, sickness, and taking advice from doctor?)
   ( ) เค (Yes) (✓) ไม่เคย (No)
   ค. ใบคำข เอาประกันชีวิต หรือใบคำขอต่ออายุ กรมธรรม์ประกันชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัย ปฏิเสธ หรือเลื่อนก รพิจารณา หรือต้องเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันภัยหรือไม่
   (Have ou ever been refused, deferred for acceptation, Insurance premium increased of face any changes in policy condit ons from this company of from any other company or not?)
   ( ) เค (Yes) (✓) ไม่เคย (No)

ง. ท่านเคยเป็น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต วัณโรค โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติดให้โทษบ้าง หรือไม่ (Have you ever been heart disease, Cancer, Blood pressure, Diabetes, Liver disease, Kidney disease, Tuberculosis, and having other habit-forming drugs or not?)

( ) เคย (Yes) (✓) ไม่เคย (No)

***ถ้าตอบข้อ ข. ถึง ง. "เคย" โปรดให้รายละเอียดข้างท้ายนี้ พร้อมระบุชื่อแพทย์ และสถานพยาบาลที่รักษา

***In case the answers from B to D is "Yes", Please give details including name and all doctors that have given treatment

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดสมบูรณ์ และเป็นความจริง และถือให้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิตกลุ่ม นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์สถานพยาบาล ซึ่งมีบันทึกประวัติ หรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าเปิดเผยให้บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบทั้งหมดเกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาลโดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ทั้งสิ้น และให้ถือสำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ (I would certify the above sentence is absolutely perfect and trustfulness. Please take the above information as part of Group Life Insurance Contract. Besides I accept and consent to doctor in the contracted hospital who has our personal health record has right to declare all information about personal diseases and treatments without any conditions. Do take this copy contract as perfectly as original copy.)

ทำที่ (Written at). .....สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด.....

ลงชื่อ(Signed) ... .....ลายมือชื่อผู้สมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

(... .....นายรณพีร์ จุฑาเทพ .....(เขียนชื่อตัวบรรจง).....) (The Applicant of Group Life Insurance)

วัน เดือน ปี (D/M/Y).....25.../...มิ.ย...../...2556.....

สำหรับ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (For DHIPAYA LIFE ASSURANCE PUBLIC CO., LTD.)

ผลการตรวจสอบ และพิจารณา (Result of checking and consideration)

.....

.....

.....

** ตัวอย่าง **

คำเตือน สำนักงาน เณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้เอาประกันชีวิตต้องตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อหากปกป ดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 86

**Warning from O fice of Insurance Commission. The applicant for life insurance shall answer questions in the questionnaire form truly, covering ev ry clause. Any cover up of facts may result in the insurance company refusing to pay compensation in accordance with the Life Assu rance Agreement under Section 865 of Civil and Commercial Code.**

ทิพยประกันชีวิต
DHIPAYA LIFE ASSURANCE

เลขที่ใบสมัคร.....
(Application No.)

# ใบสมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

**(Application For Group Life Insurance)**

ทุนประกัน.....
FCL.....
เข้าใหม่ ☐ เริ่ม กธ. ☐ ระหว่างปี

- กรมธรร ์กลุ่มเลขที่ (Policy No.).....-L.,.....-H
- ใบรับร งเลขที่ (Certificate No.).....

1. ชื่อผู้ทรงกรม ธรรม์ (Policyholder).....สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด.....
2. ชื่อสมาชิก (I sured Person) (✓) นาย (Mr.) (...) นาง (Mrs.) (.....) นางสาว Miss).....รณพีร์ จุฑาเทพ.....
   อายุ (Age)...48....ปี (Years) วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth)...9 ก.ย. 2509.....ที่อยู่ (Address)...เลขที่ 10 ถนนลาดปลาเค้า.....
   ...แขวงอนุส าวรีย์ เขตบางเขน กรุงเทพ 10220.....อาชีพ (Occupation)....รับราชการ...ตำแหน่ง(Position)... จพง. ปค. ชก. .....
3. บัตรประจำตั (I.D. card) (✓) ประชาชน (Nation I.D. card) (...) ข้าราชการ (Government I.D. card) (...) อื่น ๆ
   (Other Card) .....เลขที่ (Card No).....1 2345 67890 95 9.....
4. ชื่อผู้รับประโ ชน์ (Name of Beneficiary) ได้แก่.....สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด.....
5. ให้ผู้สมัครส าชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่มกรอกข้อความต่อไปนี้ (Please give details as follows)
   ก. ส่วนสู (Height) .....162.....ซ.ม. (c.m.) น้ำหนัก (Weight).....56.....ก.ก.(k.g.)
   ข. ในระย 5 ปี ที่ผ่านมานี้ ท่านเคยได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย หรือเคยรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือไม่
   (Over th e past 5 years have you ever been injured, sickness, and taking advice from doctor?)
   (✓) เค (Yes) ( ) ไม่เคย (No)
   ค. ใบคำข เอาประกันชีวิต หรือใบคำขอต่ออายุ กรมธรรม์ประกันชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัย ปฏิเสธ หรือเลื่อนก รพิจารณา หรือต้องเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันภัยหรือไม่
   (Have ou ever been refused, deferred for acceptation, Insurance premium increased of face any changes in policy conditi ns from this company of from any other company or not?)
   (✓) เค (Yes) ( ) ไม่เคย (No)

ง. ท่านเคย ในโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต วัณโรค โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยา ฯ เสพติดให้โทษบ้าง หรือไม่ (Have you ever been heart disease, Cancer, Blood pressure, Diabetes, Liver disease, Kidney disease, Tuberculosis, and having other habit-forming drugs or not?)

(✓) เคย Yes) ( ) ไม่เคย (No)

***<u>ถ้าตอบข้อ ข ถึง ง "เคย"</u> โปรดให้รายละเอียดข้างท้ายนี้ พร้อมระบุชื่อแพทย์ และสถานพยาบาลที่รักษา

***<u>In case the answers from B to D is " Yes "</u>, Please give details including name and all doctors that have given treatment

.....ข้อ (ข) ประสบอุบัติเหตุรถยนต์ ต้องผ่าตัดต่อเส้นเอ็น ที่รพ.ลาดพร้าว ปี 2552 ปัจจุบันหายขาดแล้ว.....

.....ข้อ (ค) ถูกปฏิเสธการรับประกันจากบริษัท (ระบุชื่อบริษัท) , ถูกเพิ่มเบี้ยประกันจากบริษัท (ระบุชื่อบริษัท).....

.....ข้อ (ง) เป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ปี 2552 รักษาที่ รพ.ลาดพร้าว ปัจจุบันยังรักษาอยู่.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นทั้งหมดสมบูรณ์ และเป็นความจริง และถือให้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิตกลุ่ม นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์สถานพยาบาล ซึ่งมีบันทึกประวัติ หรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าเปิดเผยให้บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบทั้งหมดเกี่ยวกับโรค และการรักษาพยาบาลโดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ทั้งสิ้น และให้ถือสำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้มีผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ (I would certify the above sentence is absolutely perfect and trustfulness. Please take the above information as part of Group Life Insurance Contract. Besides I accept and consent to doctor in the contracted hospital who has our personal health record has right to declare all information about personal diseases and treatments without any conditions. Do take this copy contract as perfectly as original copy.)

ทำที่ (Written at). .....สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด.....

ลงชื่อ(Signed) ... .....ลายมือชื่อผู้สมัครเป็นสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

(... .....นายรณพีร์ จุฑาเทพ .....(เขียนชื่อตัวบรรจง).....) (The Applicant of Group Life Insurance)

วัน เดือน ปี (D/M/Y).....25.../...มิ.ย..../...2556.....

สำหรับ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (For DHIPAYA LIFE ASSURANCE PUBLIC CO., LTD.)

ผลการตรวจสอบ และพิจารณา (Result of checking and consideration)

.....

.....

.....