



ที่ ปน ๐๐๒๓.๕/ว ๓๓๙

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอเยหริ่ง หนองจิก และโคกโพธิ์

ด้วยสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด แจ้งว่าได้คัดเลือกบริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้รับผิดชอบโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ โดยเริ่มคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ จึงขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์โครงการฯ ให้สมาชิกได้ทราบโดยทั่วกัน และสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะจัดทำประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ให้สมาชิกในวงเงิน ๑๐๐,๐๐๐.-บาท เว้นแต่สมาชิกมีความประสงค์จะเพิ่มวงเงินของตนเอง หรือประสงค์จะทำประกันให้แก่คู่สมรส บิดา/มารดา และหรือบุตร ซึ่งสมาชิกจะต้องชำระค่าเบี้ยประกันเพิ่มเติมเอง โดยกรอกรายละเอียดลงในใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ และส่งคืนสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ทั้งนี้ จะถือเอาวันและเวลาที่ไปรษณีย์ต้นทางลงรับเป็นสำคัญ และขอกำชับผู้ที่สนใจจะเข้าร่วมโครงการฯ หากไม่สามารถส่งเอกสารทันภายใน จะถือว่าไม่ประสงค์ทำประกันชีวิตเพิ่มเติมให้กับตนเองรวมทั้งทำประกันชีวิตให้กับบุคคลในครอบครัว และขอให้ศึกษารายละเอียดของโครงการประกันชีวิตฯ ให้รอบคอบก่อนลงลายมือชื่อในใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ สามารถดาวน์โหลดสมัครเข้าร่วมโครงการฯ ได้ที่เว็บไซต์สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ www.codopa.com รายละเอียดปรากฏตามสำเนาหนังสือสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ที่ สอ.ปค.(สก.) ว๒๕๒๐/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๒ ซึ่งส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกในสังกัดทราบโดยทั่วกัน



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด
กลุ่มงานการเงินบัญชีและการตรวจสอบ
โทร ๐-๗๓๓๔-๙๕๑๙, ๐๗๓๓๓-๖๐๔๔ ต่อ ๑๐๒
โทรสาร ๐-๗๓๓๓-๖๕๘๑

☐	ส.พ.
☐	ก.บ.
☐	ก.ส.
☐	ก.ม.
☒	ก.ภ.

ที่สอ.ปค.(สก.) ว ๒๕๒๐ /๒๕๖๒



ลง. ปินลาปี
9216
- 5 ต.ค. 2562
14.11.

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

๒๕ กันยายน ๒๕๖๒

เรื่อง โครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔

เรียน ท้องถิ่นจังหวัด ทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดของโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔
๒. ใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔

ตามที่สหกรณ์ออมทรัพย์กรรมการปกครอง จำกัด ได้จัดทำโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ ซึ่งความคุ้มครองตามโครงการดังกล่าวจะสิ้นสุดลงในวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒ และสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ได้คัดเลือกบริษัท กรุงเทพ-เอกซ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้รับผิดชอบจัดทำโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ โดยความคุ้มครองเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๔ นั้น

ในการนี้ สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จึงขอความร่วมมือจากท่านได้โปรดประชาสัมพันธ์รายละเอียดของโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ให้สมาชิกทราบโดยทั่วกัน และสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะจัดทำประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ให้สมาชิกในวงเงิน ๑๐๐,๐๐๐.- บาท เว้นแต่สมาชิกมีความประสงค์จะเพิ่มวงเงินของตนเอง หรือประสงค์จะทำประกันให้แก่คู่สมรส บิดา/มารดา และหรือบุตร ซึ่งสมาชิกจะต้องชำระค่าเบี้ยประกันเพิ่มเติมเอง โดยกรอกรายละเอียดลงในใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ และโปรดรวบรวมส่งคืนสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ ทั้งนี้ จะถือเอาวันและเวลาที่ไปรษณีย์ต้นทางลงรับเป็นสำคัญ และขอได้โปรดให้เจ้าหน้าที่กำกับผู้ที่สนใจจะเข้าร่วมโครงการฯ หากไม่สามารถส่งเอกสารทันภายในกำหนดเวลา จะถือว่าไม่ประสงค์ทำประกันชีวิตเพิ่มเติมให้กับตนเอง รวมทั้งทำประกันชีวิตให้กับบุคคลในครอบครัว และขอให้ศึกษารายละเอียดของโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ให้รอบคอบก่อนลงลายมือชื่อในใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ โดยสามารถดูรายละเอียดโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ และดาวน์โหลดใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ ได้ที่เว็บไซต์สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ www.codopa.com

จึงเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ทราบโดยทั่วกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายศักดิ์ชัย แต่งฮ่อ)

รองประธานกรรมการ ปฏิบัติหน้าที่แทน

ประธานกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์กรรมการปกครอง จำกัด

ฝ่ายสวัสดิการ

โทร. ๐ - ๒๖๒๒-๑๖๐๓ - ๗ ต่อ ๑๕

รายละเอียดโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ประจำปี 2563-2564
บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้รับผิดชอบโครงการประกันชีวิตฯ

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	รายละเอียด
1. ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ประกอบด้วย	<p>1.1 สมาชิกที่ได้รับอนุมัติจากสภกรณ์ให้เป็นสมาชิกก่อนวันที่ 1 มกราคม 2563 และสมาชิกที่ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม</p> <p>1.2 คู่สมรสโดยชอบด้วยกฎหมายของสมาชิกที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ (กรณีสามี/ภรรยาต่างเป็นสมาชิก การขอเพิ่มวงเงินคุ้มครองให้สมาชิกแต่ละรายยื่นความจำนงด้วยตนเอง)</p> <p>1.3 บิดาและมารดาตามกฎหมายของสมาชิกที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ</p> <p>1.4 บุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของสมาชิกที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ (กรณีบิดา/มารดาของบุตรต่างเป็นสมาชิก บิดา/มารดาสามารถยื่นใบสมัครประกันชีวิตฯ ให้กับบุตร ซึ่งบุตรที่จะสมัครโครงการประกันชีวิตฯ ต้องไม่ซ้ำกัน)</p> <p>1.5 สมาชิกที่ได้รับอนุมัติจากสภกรณ์ให้เป็นสมาชิกหลังวันที่ 1 มกราคม 2563</p> <p>รายละเอียดของผู้เข้าร่วมโครงการ มีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้เข้าร่วมโครงการตามข้อ 1.1, 1.2, 1.3 และ 1.4 บริษัทจะรับสมัครให้เข้าร่วมโครงการก่อนวันที่ 1 มกราคม 2563 หลังจากนั้นบริษัทจะไม่รับสมัครเพิ่มเติมระหว่างโครงการอีก - ผู้เข้าร่วมโครงการตามข้อ 1.5 จะได้รับความคุ้มครองตั้งแต่วันที่สภกรณ์รับเป็นสมาชิก - ผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นสมาชิกตามข้อ 1.1 และ 1.5 ที่ปฏิบัติหน้าที่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และจังหวัดนราธิวาส และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา ได้แก่ อำเภอจะนะ อำเภอเทพา อำเภอนาหวี และอำเภอสะบ้าย้อย จะได้รับความคุ้มครองเพิ่มอีก 1 กรมธรรม์ตามที่สภกรณ์กำหนด ตั้งแต่วันที่ระบุให้ย้ายเข้าพื้นที่ตามหนังสือของทางราชการ - ผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นสมาชิกตามข้อ 1.1 และ 1.5 ซึ่งสมัครเข้าร่วมโครงการแล้วสามารถซื้อวงเงินคุ้มครองระหว่างโครงการเพิ่มได้ ตามระเบียบสภกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ว่าด้วยการให้เงินกู้สามัญ โดยการแถลงสุขภาพให้เป็นไปตามเงื่อนไขในการรับประกัน - สภกรณ์จะใช้ข้อมูลนี้คงเหลือ ณ สิ้นปีนั้น เป็นฐานในการคำนวณค่าเบี้ยประกันชีวิต
2. การรับประกันต่อเนื่อง	<p>ผู้เข้าร่วมโครงการเดิมที่ได้ทำประกันชีวิตกับบริษัท กรุงไทย-แอกซ่าประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามกรมธรรม์เลขที่ 81001324 และกรมธรรม์เลขที่ 81001344 บริษัทขอรับประกันต่อเนื่องโดยไม่โต้แย้งหรือคัดค้านในเรื่องความไม่สมบูรณ์ของการทำประกันชีวิต</p> <p>ยกเว้น ผู้เข้าร่วมโครงการที่ทำประกันชีวิตกับบริษัท กรุงไทย - แอกซ่าประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ต่อเนื่องกับบริษัท กรุงไทย - แอกซ่าประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ที่มีระยะเวลาการทำประกันภัยรวมกันยังไม่เกิน 1 ปี นับแต่วันที่เข้าร่วมโครงการ บริษัทมีสิทธิปฏิเสธได้ ตามเงื่อนไขในการรับประกันตามบันทึกข้อตกลงแนบท้ายกรมธรรม์</p>
3. ระยะเวลาความคุ้มครองตามโครงการ	<p>3.1 กำหนด 2 ปี มีรายละเอียด ดังนี้</p> <p>3.1.1 ปีแรก เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563</p> <p>3.1.2 ปีต่ออายุ เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564</p> <p>3.2 กรณีผู้เข้าร่วมโครงการตามข้อ 1.1 หรือ 1.5 พ้นจากการเป็นสมาชิกระหว่างปี จะได้รับความคุ้มครองจนถึงวันสิ้นปีของปีที่พ้นจากการเป็นสมาชิก และบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องตามข้อ 1.2, 1.3 และ 1.4 จะได้รับความคุ้มครองจนถึงวันสิ้นปีของปีที่ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ตามข้อ 1.1, 1.5 พ้นจากการเป็นสมาชิก</p> <p>3.3 กรณีผู้เข้าร่วมโครงการตามข้อ 1.1 หรือ 1.5 ที่เสียชีวิตระหว่างปี บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องตามข้อ 1.2, 1.3 และ 1.4 จะได้รับความคุ้มครองจนถึงวันสิ้นปีของปีที่ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ตามข้อ 1.1, 1.5 เสียชีวิต</p> <p style="text-align: right;">/ 4. กำหนด ...</p>

ราคาค่าเบี้ยประกัน ประจำปี 2563

วงเงินคุ้มครอง (ราคาต่อปี) (ทุกช่วงวงเงินคุ้มครองนับรวมสวัสดิการ)	ค่าเบี้ยประกันของผู้เข้าร่วมโครงการแต่ละประเภท			
	สมาชิก	คู่สมรส	บิดา/มารดา	บุตร
100,000	สหกรณ์จ่ายให้	1,075.-	4,725.-	375.-
200,000	670.-	2,150.-	9,450.-	750.-
300,000	1,340.-	3,225.-	14,175.-	1,125.-
400,000	2,010.-	4,300.-	18,900.-	1,500.-
500,000	2,680.-	5,375.-	23,625.-	1,875.-
600,000	3,350.-	6,450.-	28,350.-	2,250.-
700,000	4,020.-	7,525.-	33,075.-	2,625.-
800,000	4,690.-	8,600.-	37,800.-	3,000.-
900,000	5,360.-	9,675.-	42,525.-	3,375.-
1,000,000	6,030.-	10,750.-	47,250.-	3,750.-
1,100,000	6,700.-	-	-	-
1,200,000	7,370.-	-	-	-
1,300,000	8,040.-	-	-	-
1,400,000	8,710.-	-	-	-
1,500,000	9,380.-	-	-	-
1,600,000	10,050.-	-	-	-
1,700,000	10,720.-	-	-	-
1,800,000	11,390.-	-	-	-
1,900,000	12,060.-	-	-	-
2,000,000	12,730.-	-	-	-
2,100,000	13,400.-	-	-	-
2,200,000	14,070.-	-	-	-

หมายเหตุ

กรณีผู้เข้าร่วมโครงการฯ เป็นสมาชิก มีรายละเอียดดังนี้

1. สมาชิกสามารถเลือกวงเงินคุ้มครองได้ตั้งแต่ 100,000 บาท ถึง 2,200,000 บาท โดยทุกช่วงวงเงินคุ้มครองนับรวมวงเงินสวัสดิการ 100,000 บาท ที่สหกรณ์จ่ายให้สมาชิกด้วย
2. ค่าเบี้ยประกันทุกช่วงวงเงินคุ้มครองจะเริ่มตั้งแต่ 200,000 บาท ถึง 2,200,000 บาท เป็นการคิดค่าเบี้ยประกันในส่วนที่สมาชิกต้องชำระค่าเบี้ยเอง โดยไม่คิดรวมในส่วนของสวัสดิการที่สหกรณ์จ่ายให้

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	รายละเอียด
7. เงื่อนไขการเข้าร่วมโครงการ (ต่อ)	<p>7.2 คู่สมรสของสมาชิก</p> <p>7.2.1 อายุรับประกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - คู่สมรสที่ไม่ได้ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม (สมัครโครงการใหม่) ต้องมีอายุตั้งแต่ 20 ปี แต่ไม่เกิน 70 ปี (ณ วันที่ 1 มกราคม 2563) - คู่สมรสที่ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม ต้องมีอายุตั้งแต่ 20 ปี แต่ไม่เกิน 85 ปี (ณ วันที่ 1 มกราคม 2563) หากต่อมาหลังจากเข้าโครงการแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการดังกล่าวมีอายุเกิน 85 ปีบริบูรณ์ โครงการยังให้ความคุ้มครองจนถึงวันสุดท้ายถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564 <p>7.2.2 การแถลงสุขภาพ</p> <p>กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - คู่สมรสของสมาชิกที่ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม ชื้อประกันวงเงินคุ้มครองน้อยกว่าหรือตามวงเงินคุ้มครองในโครงการเดิม <p>กรณีต้องแถลงสุขภาพ</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - คู่สมรสของสมาชิกที่สมัครเข้าร่วมโครงการใหม่ และการเสียชีวิตทุกกรณีภายใน 1 ปี นับแต่วันที่เข้าร่วมโครงการ (วันที่ 1 มกราคม 2563) บริษัทมีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทน - คู่สมรสของสมาชิกที่ทำประกันชีวิตโครงการเดิม ชื้อประกันวงเงินคุ้มครองเกินวงเงินคุ้มครองเดิม (แถลงสุขภาพเฉพาะส่วนที่เกินวงเงินคุ้มครองเดิม) และการเสียชีวิตทุกกรณี ภายใน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่แจ้งเพิ่มทุนประกัน บริษัทมีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทน <p>7.3 บิดา/มารดาของสมาชิก</p> <p>7.3.1 อายุรับประกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - บิดา/มารดาที่ไม่ได้ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม (สมัครโครงการใหม่) ต้องมีอายุตั้งแต่ 20 ปี แต่ไม่เกิน 70 ปี (ณ วันที่ 1 มกราคม 2561) - บิดา/มารดาที่ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม ต้องมีอายุตั้งแต่ 20 ปี แต่ไม่เกิน 85 ปี (ณ วันที่ 1 มกราคม 2561) หากต่อมาหลังจากเข้าโครงการแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการดังกล่าวมีอายุเกิน 85 ปีบริบูรณ์ โครงการยังให้ความคุ้มครองจนถึงวันสุดท้ายถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564 <p>7.3.2 การแถลงสุขภาพ</p> <p>กรณีไม่ต้องแถลงสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บิดา/มารดาของสมาชิกที่ทำประกันชีวิตในโครงการเดิม ชื้อประกันวงเงินคุ้มครองน้อยกว่าหรือตามวงเงินคุ้มครองในโครงการเดิม <p>กรณีต้องแถลงสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บิดา/มารดาของสมาชิกที่สมัครเข้าร่วมโครงการใหม่ และการเสียชีวิตทุกกรณีภายใน 1 ปี นับแต่วันที่เข้าร่วมโครงการ (วันที่ 1 มกราคม 2563) บริษัทมีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทน - บิดา/มารดาของสมาชิกที่ทำประกันชีวิตโครงการเดิม ชื้อประกันวงเงินคุ้มครองเกินวงเงินคุ้มครองเดิม (แถลงสุขภาพเฉพาะส่วนที่เกินวงเงินคุ้มครองเดิม) และการเสียชีวิตทุกกรณี ภายใน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่แจ้งเพิ่มทุนประกัน บริษัทมีสิทธิปฏิเสธค่าสินไหมทดแทน <p style="text-align: right;">(ต่อบุตร)</p>

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	รายละเอียด
<p>9. ความคุ้มครองและผลประโยชน์</p>	<p>9.1 กรณีเสียชีวิต</p> <p>9.1.1 เสียชีวิตทุกกรณีทุกสาเหตุ รายละเอียด 100,000 บาท ถึง 2,200,000 บาท ตามวงเงินคุ้มครองที่ผู้เข้าร่วมโครงการซื้อประกัน</p> <p>การขยายระยะเวลาการคุ้มครองการเสียชีวิต กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร</p> <p>- ถ้าหากการประกันภัยของผู้เอาประกันภัยได้สิ้นสุดลง เนื่องจากผู้เอาประกันภัยนั้น ตกเป็นบุคคลทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรในขณะที่ผู้เอาประกันภัยมีอายุต่ำกว่า 60 ปีบริบูรณ์ และกรมธรรม์ประกันภัยยังมีผลบังคับอย่างสมบูรณ์ บริษัทจะขยายระยะเวลาการคุ้มครองให้แก่ผู้เอาประกันภัยดังกล่าวเท่ากับระยะเวลาที่ประกันภัยของผู้เอาประกันภัยนั้น ได้มีผลบังคับมาแล้วติดต่อกันแต่สูงสุดไม่เกิน 12 เดือน</p> <p>9.1.2 เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือถูกลอบทำร้าย รวมถึงกรณีที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุดังกล่าวและเสียชีวิตเพราะเหตุนั้นภายใน 180 วัน นับแต่วันเกิดเหตุ บริษัทจะให้ความคุ้มครองนอกเหนือจากข้อ 9.1.1 อีก 100,000 บาท ถึง 2,200,000 บาท ตามวงเงินคุ้มครองที่ผู้เข้าร่วมโครงการซื้อประกัน</p> <p>9.1.3 เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุที่เกิดจาก รถโดยสารประจำทาง รถไฟ ลิฟต์ หรือไฟไหม้มหรสพ โรงแรม อาคารสาธารณะ รวมถึงกรณีที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุข้างต้นและเสียชีวิตเพราะเหตุนั้น ภายใน 180 วัน นับแต่วันเกิดเหตุ บริษัทฯ จะให้ความคุ้มครองนอกเหนือจากข้อ 9.1.1 และข้อ 9.1.2 อีก 100,000 บาท ถึง 2,200,000 บาท ตามวงเงินคุ้มครองที่ผู้เข้าร่วมโครงการซื้อประกัน</p> <p>9.2 กรณีสูญเสียอวัยวะ</p> <p>9.2.1 สูญเสียสายตาทั้ง 2 ข้าง หรือมือทั้ง 2 ข้าง หรือเท้าทั้ง 2 ข้าง หรืออวัยวะดังกล่าวข้างใดข้างหนึ่งรวมกันตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไปจากสาเหตุเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือถูกลอบทำร้าย บริษัทจะให้ความคุ้มครองร้อยละ 100 ของวงเงินคุ้มครองตามข้อ 9.1.2</p> <p>9.2.2 สูญเสียตาข้างหนึ่ง หรือมือข้างหนึ่ง หรือเท้าข้างหนึ่ง จากสาเหตุเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือถูกลอบทำร้าย บริษัทจะให้ความคุ้มครองร้อยละ 100 ของวงเงินคุ้มครองตามข้อ 9.1.2</p> <p>9.2.3 สูญเสียนิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือของมือข้างเดียวกัน จากสาเหตุเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือถูกลอบทำร้าย บริษัทจะให้ความคุ้มครองร้อยละ 25 ของวงเงินคุ้มครองตามข้อ 9.1.2</p> <p>9.3 กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร</p> <p>ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรจากสาเหตุเนื่องจากการเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือถูกลอบทำร้าย รวมถึงกรณีที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุข้างต้นทำให้ ตกเป็นบุคคลทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรที่สามารถพิสูจน์ได้อย่างชัดเจน หรือมีข้อบ่งชี้ หรือความเห็นของแพทย์ผู้ทำการรักษา ภายใน 180 วัน นับแต่วันเกิดเหตุ บริษัทจะให้ความคุ้มครอง 100,000 บาท ถึง 2,200,000 บาท ตามวงเงินคุ้มครองที่ผู้เข้าร่วมโครงการซื้อประกัน</p>

หลักเกณฑ์และเงื่อนไข	รายละเอียด
10. การเรียกร้องเงินค่าสินไหมทดแทน	<p>10.1 กรณีเสียชีวิต</p> <p>ผู้เข้าร่วมโครงการเสียชีวิต บริษัทตกลงจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ และบันทึกแนบท้ายกรมธรรม์ที่ให้แก่สหกรณ์ในฐานะผู้รับประกันและสหกรณ์ในฐานะผู้รับประกัน จะต้องทำการรวบรวมเอกสารหลักฐานพร้อมกรอกรายละเอียด และจัดส่งให้กับบริษัทดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หนังสือเรียกร้องเงินค่าสินไหมทดแทน (แบบฟอร์มบริษัท) - ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา กรณีมรณกรรม (แบบฟอร์มบริษัท) - สำเนาใบมรณบัตร และสำเนาหนังสือรับรองการตาย (ถ้ามี) - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต (ประทับ “ตาย”) และทายาทของผู้เสียชีวิต - สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต และทายาทของผู้เสียชีวิต <p>กรณีเสียชีวิตโดยฆาตกรรมชาติ จะต้องแนบเอกสารเพิ่มเติมดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำเนารายงานประจำวันเกี่ยวกับคดี - สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ
	<p>10.2 กรณีไม่เสียชีวิต</p> <p>ผู้เข้าร่วมโครงการเจ็บป่วย หรือประสบอุบัติเหตุ หรือถูกฆาตกรรม หรือถูกลอบทำร้าย จนเป็นเหตุให้ต้องเรียกร้องเงินค่าสินไหมทดแทนจากบริษัท ในกรณีสูญเสียชีวิตตามข้อ 9.2.1, 9.2.2, 9.2.3 หรือทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรตามข้อ 9.3 ผู้เข้าร่วมโครงการหรือสหกรณ์จะต้องรวบรวมเอกสาร หลักฐาน พร้อมกรอกรายละเอียดและจัดส่งให้บริษัทดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - หนังสือเรียกร้องเงินค่าสินไหมทดแทน (แบบฟอร์มบริษัท) - ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา (แบบฟอร์มบริษัท) - สำเนาทะเบียนประจำวันของตำรวจ - สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย - รูปถ่ายบริเวณร่างกายที่ประสบเหตุ <p>หมายเหตุ สำเนาเอกสารจะต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ</p>
11. การจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้เข้าร่วมโครงการเสียชีวิต หรือสูญเสียชีวิต หรือทุพพลภาพ บริษัทจะจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนให้แก่สหกรณ์ภายใน 15 วันทำการ นับแต่วันที่บริษัทได้รับคำเรียกร้องเงินค่าสินไหมทดแทน พร้อมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องตามข้อ 10.1 และ 10.2 - กรณีมีเหตุอันควรสงสัยอาจขยายเวลาออกไปได้ตามความจำเป็น ทั้งนี้ไม่เกิน 90 วัน นับจากวันที่บริษัทได้รับคำเรียกร้องเงินค่าสินไหมทดแทนพร้อมเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องตามข้อ 10.1 และ 10.2

กรุณาส่งใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่ ปี 2563-2564

**** ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2562 **** สหกรณ์จะถือเอาวันและเวลาที่ไปรษณีย์ต้นทาง
 ลงรับเป็นสำคัญ หากพ้นกำหนดจะไม่รับพิจารณาใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตฯ
 ประจำปี 2563-2564



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุหมู่

ประจำปี 2563 - 2564

สมาชิกเลขที่

ชื่อ - นามสกุลสมาชิก.....วัน/เดือน/ปี เกิดอายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ตำแหน่ง.....สังกัด/กรม.....

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

กรุณาอ่านรายละเอียดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขโครงการฯ และกรอกข้อความให้ถูกต้องครบถ้วน เพื่อสิทธิประโยชน์ของสมาชิก

สมาชิก (วงเงินคุ้มครองตั้งแต่ 100,000 - 2,200,000 บาท) (คำอธิบายการแถลงสุขภาพ (ใบคำขอเอาประกัน) หน้า 2)				ค่าเบี้ย (บาทต่อปี)	
วงเงินคุ้มครอง บาท (สมาชิกเขียนวงเงินคุ้มครองตามความประสงค์โดยนับรวมวงเงินสวัสดิการ 100,000 บาทด้วย)					
คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร วงเงินคุ้มครองตั้งแต่ 100,000 - 1,000,000 บาท และต้องไม่เกินวงเงินคุ้มครองของสมาชิก					
◆ สมัครต่อเนื่องโครงการเดิม 61-62 ➡ วงเงินเท่าเดิมหรือน้อยกว่าเดิมไม่ต้องแถลงสุขภาพ ◆ สมัครต่อเนื่องโครงการเดิม 61-62 ➡ เพิ่มวงเงินต้องแถลงสุขภาพ (ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม) ◆ สมัครใหม่โครงการเดิม 63-64 ➡ ต้องแถลงสุขภาพทุกราย (ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม)					
(ชื่อ - สกุล)		วัน/เดือน/ปี เกิด	อายุ (ปี)	วงเงินคุ้มครอง (บาท)	ค่าเบี้ย (บาทต่อปี)
คู่สมรส					
บิดา					
มารดา					
บุตร 1					
บุตร 2					
บุตร 3					
บุตร 4					
รวมค่าเบี้ยทั้งหมด					

ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด หักเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน เงินได้รายเดือน หรือเงินอื่นใด เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต

ลงลายมือชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

- คำชี้แจง 1. ยื่นใบสมัครได้ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2562 สมาชิกต้องยื่นใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ ทุกราย เนื่องจากเป็นโครงการต่อเนื่องของปี 2563 - 2564 เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันกับบริษัทประกัน หากท่านไม่ส่งใบสมัครฯ สหกรณ์จะถือว่าท่านไม่มีความประสงค์ทำประกัน ยกเว้น สวัสดิการที่สหกรณ์ทำให้แก่สมาชิก และสมาชิกที่มีหนี้กู้สามัญและต้องทำประกันชีวิตตามระเบียบสหกรณ์ฯ โดยสหกรณ์จะถือเอาข้อมูลนี้สามัญคงเหลือ ณ สิ้นปี 2562 ใช้เป็นวงเงินคุ้มครองประกันชีวิต
2. กรณีสมาชิกขอทำประกันชีวิตเพิ่มของตนเอง และ/หรือบุคคลในครอบครัว สหกรณ์จะหักค่าเบี้ยประกันชีวิตจากเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน กรณีไม่พอหักสมาชิกจะต้องชำระเงินค่าเบี้ยเพิ่มเติม โดยโอนเงินผ่านระบบ Bill Payment เลือกรหัสวัตถุประสงค์ 006 ชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต ชื่อบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ชำระเงินภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563 หากไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนดสหกรณ์อาจจะตัดสิทธิ์การขอทำประกันชีวิตดังกล่าว
3. ดูรายละเอียดโครงการประกันชีวิตฯ และดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ www.codopa.com สอบถามเพิ่มเติม ฝ่ายสวัสดิการ โทร. 02-622-1603 - 7 ต่อ 11, 15



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตและอุบัติเหตุ

ประจำปี 2563 - 2564

สมาชิกเลขที่

ชื่อ - นามสกุลสมาชิก.....วัน/เดือน/ปี เกิดอายุ.....ปี

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....ตำแหน่ง.....สังกัด/กรม.....

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

กรุณารายละเอียดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขโครงการฯ และกรอกข้อความให้ถูกต้องครบถ้วน เพื่อสิทธิประโยชน์ของสมาชิก

สมาชิก (วงเงินคุ้มครองตั้งแต่ 100,000 - 2,200,000 บาท) (คำอธิบายการแถลงสุขภาพ (ใบคำขอเอาประกัน) หน้า 2)				ค่าเบี้ย (บาทต่อปี)
วงเงินคุ้มครอง บาท (สมาชิกเขียนวงเงินคุ้มครองตามความประสงค์โดยนับรวมวงเงินสวัสดิการ 100,000 บาทด้วย)				
คู่สมรส บิดา มารดา และบุตร วงเงินคุ้มครองตั้งแต่ 100,000 - 1,000,000 บาท และต้องไม่เกินวงเงินคุ้มครองของสมาชิก				
<ul style="list-style-type: none"> ◆ สมัครต่อเนื่องโครงการเดิม 61-62 ➡ วงเงินเท่าเดิมหรือน้อยกว่าเดิมไม่ต้องแถลงสุขภาพ ◆ สมัครต่อเนื่องโครงการเดิม 61-62 ➡ เพิ่มวงเงินต้องแถลงสุขภาพ (ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม) ◆ สมัครใหม่โครงการเดิม 63-64 ➡ ต้องแถลงสุขภาพทุกราย (ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม) 				
(ชื่อ - สกุล)	วัน/เดือน/ปี เกิด	อายุ (ปี)	วงเงินคุ้มครอง (บาท)	ค่าเบี้ย (บาทต่อปี)
คู่สมรส				
บิดา				
มารดา				
บุตร 1				
บุตร 2				
บุตร 3				
บุตร 4				
รวมค่าเบี้ยทั้งหมด				

ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด หักเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน เงินได้รายเดือน หรือเงินอื่นใด เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต

ลงลายมือชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

- คำชี้แจง**
1. ยื่นใบสมัครได้ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2562 สมาชิกต้องยื่นใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ ทุกฝ่าย เนื่องจากเป็นโครงการต่อเนื่องของปี 2563 - 2564 เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันกับบริษัทประกัน หากท่านไม่ส่งใบสมัครฯ สหกรณ์จะถือว่าท่านไม่มีความประสงค์ทำประกัน ยกเว้น สวัสดิการที่สหกรณ์ทำให้แก่สมาชิก และสมาชิกที่มีหนี้เงินกู้สามัญและต้องทำประกันชีวิตตามระเบียบสหกรณ์ฯ โดยสหกรณ์จะถือเอาข้อมูลนี้สามัญคงเหลือ ณ สิ้นปี 2562 ใช้เป็นวงเงินคุ้มครองประกันชีวิต
 2. กรณีสมาชิกขอทำประกันชีวิตเพิ่มของตนเอง และ/หรือบุคคลในครอบครัว สหกรณ์จะหักค่าเบี้ยประกันชีวิตจากเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืน กรณีไม่พอหักสมาชิกจะต้องชำระเงินค่าเบี้ยเพิ่มเติม โดยโอนเงินผ่านระบบ Bill Payment เลือกรหัสวัตถุประสงค์ 006 ชำระค่าเบี้ยประกันชีวิต ชื่อบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการปกครอง จำกัด ชำระเงินภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563 หากไม่ชำระภายในเวลาที่กำหนดสหกรณ์อาจจะตัดสิทธิ์การขอทำประกันชีวิตดังกล่าว
 3. ดูรายละเอียดโครงการประกันชีวิตฯ และดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ www.codopa.com สอบถามเพิ่มเติม ฝ่ายสวัสดิการ โทร. 02-622-1603 - 7 ต่อ 11, 15



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามาศ 9 ชั้น 1, 20-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 0 2044 4000 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
เลขทะเบียนบริษัท ๔ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสหกรณ์

ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

เลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

- ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย (โปรดใส่คำนำหน้าชื่อ)
วันเดือนปีเกิด เดือน พ.ศ. อายุ ปี บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่
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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. ผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์

- | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------|
| 6. ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการต่ออายุกรมธรรม์ชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณาหรือเพิกเฉยประกันภัยหรือมีข้อจำกัด หรือแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่ | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย |
| 7. ท่านเคยเป็นวัณโรค โรคเมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือ โรคเกี่ยวกับสมองหรือไม่ | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย |
| 8. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุราหรือสิ่งมีเมาหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยรับการรักษเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่ | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย |
| 9. ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยปรึกษาแพทย์ เข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาดังในสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือสถาบันใดที่คล้ายคลึงกันหรือไม่ | ☐ ไม่เคย | ☐ เคย |

หากตอบคำถามใน ข้อ 6 - 9 เป็นคำตอบรับว่า "เคย" โปรดกรอกแบบสอบถามแถลงสุขภาพด้านล่างเพิ่มเติม

- ท่านได้รับการตรวจร่างกายที่ เมื่อ
- ท่านมีอาการหรือสาเหตุอย่างไรก่อนไปรับการตรวจ
- แพทย์แจ้งผลการตรวจเป็นอย่างไร มีสิ่งผิดปกติหรือไม่
- ท่านได้รับการรักษาหรือไม่ หรือได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าใช่โปรดให้รายละเอียด
- ท่านอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลากี่วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วแพทย์นัดให้ไปพบอีกหรือไม่ หรือมีอาการผิดปกติต้องไปพบแพทย์อีกหรือไม่ อย่างไร
เมื่อใด
- ปัจจุบันท่านยังคงได้รับการรักษาหรือไม่ ถ้ายังได้รับการรักษา ไปพบแพทย์ทุก เดือน
หรือ โดยวิธี ถ้าหยุดการรักษาแล้ว ตั้งแต่เมื่อใด
อาการปัจจุบันเป็นอย่างไร



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 0 2044 4000 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
เลขทะเบียนบริษัท 4 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสหกรณ์

ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม

เลขที่

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทประกันภัยปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

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

4. แบบประกันภัยที่ต้องการ

แผนประกันภัย	ความคุ้มครอง
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- ผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์

- ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการต่ออายุกรมธรรม์ชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณาหรือเพิ่มเบี้ยประกันภัยหรือมีข้อจำกัด หรือแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
- ท่านเคยเป็นวัณโรค โรคกระเพาะ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือ โรคเกี่ยวกับสมองหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
- ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุราหรือสิ่งมีเมาหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยรับการรักษเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
- ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยปรึกษาแพทย์ เข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาดังในสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือสถาบันใดที่คล้ายคลึงกันหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

หากตอบคำถามใน ข้อ 6 -9 เป็นคำตอบรับว่า "เคย" โปรดกรอกแบบสอบถามแสดงสุขภาพด้านล่างเพิ่มเติม

- ท่านได้รับการตรวจร่างกายที่ เมื่อ
 - ท่านมีอาการหรือสาเหตุอย่างไรก่อนไปรับการตรวจ
 - แพทย์แจ้งผลการตรวจเป็นอย่างไร มีสิ่งผิดปกติหรือไม่
 - ท่านได้รับการรักษาหรือไม่ หรือได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าใช่โปรดให้รายละเอียด
 - ท่านอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลากี่วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วแพทย์นัดให้ไปพบอีกหรือไม่ หรือมีอาการผิดปกติต้องไปพบแพทย์อีกหรือไม่ อย่างไร
 - ปัจจุบันท่านยังคงได้รับการรักษาหรือไม่ ถ้ายังได้รับการรักษา ไปพบแพทย์ทุก เดือน หรือ โดยวิธี ถ้าหยุดการรักษาแล้ว ตั้งแต่เมื่อใด
- อาการปัจจุบันเป็นอย่างไร

