

เอกสารประกอบการสมัครสมาชิก

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/และสำเนาทะเบียนบ้าน
2. สลิปเงินเดือน หรือหนังสือรับรองการทำงาน
3. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินเดือน



ใบสมัครสมาชิก

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคาย จำกัด

เรียน คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคาย จำกัด

ข้าพเจ้า.....ที่อยู่เลขที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เลขประจำตัวประชาชน ได้รับทราบข้อความในร่างข้อบังคับของสหกรณ์โดยตลอดแล้วและเห็นชอบในวัตถุประสงค์ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคาย จำกัด จึงขอเข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ฯ ในฐานะเป็นผู้มีชื่อขอจดทะเบียนและขอให้ถ้อยคำหลักฐานต่อไปนี้

สมัครสมาชิกครั้งแรก สมัครสมาชิกครั้งที่.....(ลาออกครั้งสุดท้ายเมื่อ.....)

ข้อ 1. ข้าพเจ้าเกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ปัจจุบันอายุ.....ปี

ข้อ 2. ข้าพเจ้าเป็น ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง (พทส.)
 ลูกจ้างชั่วคราว/รายคาบ

ตำแหน่ง.....สังกัด..... ได้รับเงินได้รายเดือน (เงินเดือนและเงินเพิ่มที่จ่ายควบกับเงินเดือนเมื่อหักเงินสะสมสำหรับข้าราชการและภาษีเงินได้ออกแล้ว).....บาท
วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มรับราชการหรือเริ่มทำงาน/...../..... โทรศัพท์.....

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นที่มีวัตถุประสงค์ให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกในชั้นนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ มูลค่าหุ้นละ 10 บาท

4.1 กรณีสมาชิก ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ ในอัตราเดือนละ.....บาท

(ตามระเบียบของสหกรณ์ ว่าด้วยหุ้น และสมาชิก พ.ศ. 2558)

4.2 กรณี สมาชิก ลูกจ้างชั่วคราว/รายคาบ พนักงานกระทรวง (พทส.) พนักงานราชการ

ส่งเงินค่าหุ้นรายเดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 7% ของเงินเดือน.....บาท

ข้อ 5. ข้าพเจ้าขอแถลงรายการหนี้สินทั้งหมดซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ ดังต่อไปนี้ (แสดงข้อความรายละเอียดของแต่ละรายคือชื่อและสำนักงานของเจ้าหนี้, วันที่เป็นหนี้, จำนวนหนี้, จำนวนหนี้สินตั้งแต่ครั้งแรก อัตราดอกเบี้ยร้อยละต่อปี หลักประกันที่ให้ไว้ จำนวนเงินคงเหลือ จำนวนดอกเบี้ยค้างชำระ และเป็นหนี้สินเพื่อการใด ต้องแจ้งให้ทราบทุกราย

ข้อ 6. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอกู้เงินของสหกรณ์เพื่อชำระหนี้ ซึ่งข้าพเจ้ามีอยู่ดังกล่าวในข้อ 5. นั้น เป็นจำนวนเงิน.....บาท

ในกรณีมีหนี้สินอยู่ แต่ไม่ประสงค์กู้เพื่อชำระหนี้สิน หรือขอกู้เกินกว่าจำนวนหนี้สิน ข้าพเจ้าขอชี้แจงเหตุผลดังต่อไปนี้.....

บันทึกของเจ้าหน้าที่ ผ่านมติที่ประชุมครั้งที่...../..... ไม่ผ่านมติที่ประชุมครั้งที่...../.....

เนื่องจาก.....เจ้าหน้าที่.....

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคาย จำกัด หักเงินค่าหุ้นรายเดือนและเงินงวดชำระหนี้ของข้าพเจ้าส่งต่อสหกรณ์ฯ จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า

ข้อ 8. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคาย จำกัด อนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์หักชำระค่าธรรมเนียมแรกเข้า , เงินค่าหุ้นรายเดือนในวันสิ้นเดือนที่คณะกรรมการอนุมัติให้เป็นสมาชิก และหักเงินงวดชำระหนี้ในกรณีมีหนี้สินกับสหกรณ์

ข้อ 9. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก จะปฏิบัติตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ ของสหกรณ์ฯ ทุกประการ

.....ผู้สมัคร

(.....)

.....พยาน

(.....)

.....พยาน

(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....
ขอรับรองว่า ตามความรู้เห็นของข้าพเจ้าและตามที่ข้าพเจ้าได้สอบสวนข้อความซึ่งผู้สมัครได้แสดงไว้ในใบสมัครนี้ เป็นความจริงทุกประการ ทั้งผู้สมัครเป็นผู้มีลักษณะถูกต้องตามกำหนดไว้ในระเบียบและข้อบังคับสหกรณ์

.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

คำรับรองของภรรยา /สามี

ข้าพเจ้า.....เป็น (ภรรยา/สามี) ของ (นาง, นาย)
ได้ทราบข้อความตามใบสมัครนี้โดยตลอดแล้วและอนุญาตให้ (นาง, นาย) เข้าเป็นสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคาย จำกัด และกระทำการต่าง ๆ ตามที่กล่าวไว้ในใบสมัครทุกประการ ตลอดจนอนุญาตให้ทำนิติกรรมเกี่ยวกับการกู้เงินและการค้าประกันของสมาชิกคนอื่น ๆ

..... ภรรยา / สามี

(.....)

..... พยาน

(.....)

เอกสารประกอบการสมัครกองทุน

- 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรรองสำเนาถูกต้อง
 - 2. สำเนาทะเบียนบ้านหรือบัตรรองสำเนาถูกต้อง
 - 3. สำเนาทะเบียนสำรส (กรณีสมัครสมทบคู่สมรส)
 - 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน
- ของผู้รับผลประโยชน์หรือบัตรรองสำเนาถูกต้องอย่างละ 1 ฉบับ

เลขที่กองทุน.....
เลขที่สมาชิก.....



ใบสมัครสมาชิก ประเภทกองทุน 1 (500,000 บาท)

กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคาย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(1) สถานติดต่อที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล(แขวง)..... อำเภอ(เขต)..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....

(2) ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขประเภท กองทุน 1

(3) ชำระเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครั้งแรกเริ่มสมัคร ตามตารางการสมัคร (อาจเปลี่ยนแปลงตามอัตราภรณ์ในปีต่อไป)

(4) ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า เมื่อคณะกรรมการอนุมัติให้ข้าพเจ้าเป็นสมาชิกแล้ว ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบ ข้อบังคับ ของกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคาย ทุกประการ และจะส่งเสริม สนับสนุนกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคายให้ เจริญรุ่งเรืองยิ่ง ๆ ขึ้นไป

(5) หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้าจะมอบผลประโยชน์ชำระหนี้ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคาย จำกัด ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคล ดังนี้

1.อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....
2.อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....
3.อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....
4.อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....
5.อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....

(6) ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ณ วันสมัคร ตามข้อบังคับของกองทุนหมวดที่ 4 ข้อ 11.1(4) หากข้าพเจ้ารู้แล้วละเว้นเสียไม่เปิดเผยข้อความจริง หรือตามแถลงข้อความนั้นเป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้กองทุนฯ ใช้สิทธิตัดรายชื่อพ้นสมาชิกภาพกองทุน ตามข้อบังคับที่ 16 ได้

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา/กรรมการสหกรณ์
(.....)

ความเห็นของคณะกรรมการ
() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ..... ประธานกองทุนฯ
(ดร.มะณู บุญศรีมนตรีชัย)

ตารางการสมัครกองทุน 1 ประจำปี 2567

รอบเดือนที่สมัคร	สวัสดิการ	ค่าสมัคร	รวมเป็นเงิน
1-20 กันยายน 2566	4,000 บาท	100 บาท	4,100 บาท
1-20 ตุลาคม 2566	3,666 บาท	100 บาท	3,766 บาท
1-20 พฤศจิกายน 2566	3,332 บาท	100 บาท	3,432 บาท
1-20 ธันวาคม 2566	2,998 บาท	100 บาท	3,098 บาท
1-20 มกราคม 2567	2,664 บาท	100 บาท	2,764 บาท
1-20 กุมภาพันธ์ 2567	2,330 บาท	100 บาท	2,430 บาท
1-20 มีนาคม 2567	1,996 บาท	100 บาท	2,096 บาท
1-20 เมษายน 2567	1,662 บาท	100 บาท	1,762 บาท
1-20 พฤษภาคม 2567	1,328 บาท	100 บาท	1,428 บาท
1-20 มิถุนายน 2567	994 บาท	100 บาท	1,094 บาท
1-20 กรกฎาคม 2567	660 บาท	100 บาท	760 บาท
1-20 สิงหาคม 2567	334 บาท	100 บาท	434 บาท

กรอกรายละเอียด “ใบคำขอเอาประกัน” ด้านล่างให้ครบถ้วน
พร้อมแนบ สำเนาบัตรประชาชน (เซ็นรับรองสำเนา)



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามยา 9 ชั้น 1, 22-27
 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
 โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสหกรณ์

ภายใต้กรมธรรม์มีประกันภัยกลุ่ม

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 โดยเป็น
 สมาชิกของ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคาย จำกัด เลขทะเบียนสมาชิก
 บิดา/มารดา คู่สมรส บุตร ของสมาชิก ชื่อ นามสกุล
 เลขทะเบียนสมาชิก
 2. สมาชิกของ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคาย จำกัด มิได้กู้เงินกับ
 ได้กู้เงินไว้กับ เลขที่คำขอกู้ จำนวนเงินกู้ บาท
 3. ที่อยู่ปัจจุบันบ้านเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน/อาคาร ซอย
 ถนน ตำบล อำเภอ
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

4. แบบประกันที่ต้องการ

แผนประกันภัย	ความคุ้มครอง
	500,000

5. ผู้รับผลประโยชน์ สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคาย จำกัด ความสัมพันธ์ ผู้ถือกรมธรรม์

6. ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการต่ออายุกรมธรรม์ชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณาหรือเพิกถอนประกันภัยหรือมีข้อจำกัด หรือแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
7. ท่านเคยเป็นวัณโรค โรคเมหเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือ โรคเกี่ยวกับสมองหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
8. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุราหรือสิ่งมีเมาหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยรับการรักษาเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
9. ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยปรึกษาแพทย์ เข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาทันในสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือสถาบันใดที่คล้ายคลึงกันหรือไม่	<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย

หากตอบคำถามใน ข้อ 6 -9 เป็นคำตอบรับว่า "เคย" โปรดกรอกแบบสอบถามแสดงสุขภาพด้านล่างเพิ่มเติม

1. ท่านได้รับการตรวจร่างกายที่ เมื่อ

2. ท่านมีอาการหรือสาเหตุอย่างไรก่อนไปรับการตรวจ

3. แพทย์แจ้งผลการตรวจเป็นอย่างไร มีสิ่งผิดปกติหรือไม่

4. ท่านได้รับการรักษาหรือไม่ หรือได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ถ้าใช่โปรดให้รายละเอียด

5. ท่านอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลากี่วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วแพทย์นัดให้ไปพบอีกหรือไม่ หรือมีอาการผิดปกติต้องไปพบแพทย์อีกหรือไม่ อย่างไร

เมื่อใด

6. ปัจจุบันท่านยังคงได้รับการรักษาหรือไม่ ถ้ายังได้รับการรักษา ไปพบแพทย์ทุก เดือน หรือ โดยวิธี ถ้าหยุดการรักษาแล้ว ตั้งแต่เมื่อใด

อาการปัจจุบันเป็นอย่างไร

7. กรณีเป็นโรคเบาหวาน กรุณาระบุระดับน้ำตาลครั้งแรกที่ตรวจรักษา
และระดับน้ำตาลปัจจุบัน
กรณีเป็นโรคความดันโลหิตสูง กรุณาระบุค่าความดันปัจจุบัน / mmHg
กรณีท่านดื่มสุรา ท่านดื่มบ่อยแค่ไหน จำนวนแก้วที่ดื่มต่อวัน

การให้ถ้อยคำ การให้ความยินยอม และการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่า ถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัท ฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้าแจ้งมอบข้อมูลหรือประวัติการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบลสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกทางการแพทย์ใดๆ ของข้าพเจ้า ต่อบริษัทกรุงไทย-เอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัท ฯ ได้ และสำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือมีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับและข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ฯ เปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือ จ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้ากับบริษัทอื่นได้

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

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

นายหน้า/ตัวแทนได้ตรวจสอบต้นฉบับของเอกสารแสดงตนของผู้ขอเอาประกันภัย และเห็นว่าตรงกันกับสำเนารูปถ่ายเอกสารที่ส่งมอบให้แก่บริษัท

ลงชื่อ **
()
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ
()
พยาน

ลงชื่อ
()
พยาน

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ลงชื่อเป็นพยานด้วย)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. เลขทะเบียนสมาชิก
สังกัด ยินยอมให้สหกรณ์หักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเพื่อชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตกลุ่ม
ของผู้ขอเอาประกันภัยซึ่งเกี่ยวข้องเป็น ของข้าพเจ้า

เอกสารแนบ 1. สำเนาบัตรประชาชน เอกสารแนบใช้สำเนาบัตรประชาชน (เซ็นรับรองสำเนา)
2. สำเนาทะเบียนบ้าน
3. กรณีคู่สมรสแนบบัตรประชาชนคู่สมรส ทะเบียนบ้าน

ลงชื่อ
()
ผู้ให้คำยินยอม