

## เอกสารประกอบการสมัครสมาชิก

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



เลขที่สมาชิก.....

## 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 (พกส.)  
☐ ลูกจ้างชั่วคราว/รายคาบ

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

ข้อ 3. ข้าพเจ้ามิได้เป็นสมาชิกในสหกรณ์อื่นที่มีวัตถุประสงค์ให้กู้ยืมเงิน

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้เข้าเป็นสมาชิกในชั้นนี้ ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงค์ส่งเงินค่าหุ้นรายเดือนต่อสหกรณ์ มูลค่าหุ้นละ 10 บาท

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

(ตามระเบียบของสหกรณ์ ว่าด้วยหุ้น และสมาชิก พ.ศ. 2558 )

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

ส่งเงินค่าหุ้นรายเดือน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 7% ของเงินเดือน.....บาท

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

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

ในกรณีมีหนี้สินอยู่ แต่ไม่ประสงค์กู้เพื่อชำระหนี้สิน หรือขอกู้เกินกว่าจำนวนหนี้สิน ข้าพเจ้าขอชี้แจงเหตุผลดังต่อไปนี้.....

บันทึกของเจ้าหน้าที่ ☐ ชำระเงินกองทุน 1 .....บาท (วันที่.....) ☐ มีกองทุน 1 อยู่แล้ว เลขที่.....

☐ ผ่านมติที่ประชุมครั้งที่...../..... ☐ ไม่ผ่านมติที่ประชุมครั้งที่...../.....เนื่องจาก.....เจ้าหน้าที่.....

ข้อ 7. ถ้าข้าพเจ้าได้เป็นสมาชิก ข้าพเจ้ายินยอมให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคาย จำกัด หักเงินค่าหุ้นรายเดือนและเงินงวดชำระหนี้ของข้าพเจ้าส่งต่อสหกรณ์ฯ จากเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้า

ข้อ 8. ข้าพเจ้าสัญญาว่า ถ้าคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคายจำกัด 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 ตามที่กล่าวในใบสมัครทุกประการ ตลอดจนอนุญาตให้ทำนิติกรรมเกี่ยวกับการกู้เงินและการค้าประกันของสมาชิกคนอื่น ๆ

..... ภรรยา / สามี  
(.....)

..... พยาน  
(.....)

☐ 1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

☐ 2. สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

☐ 3. สำเนาทะเบียนสำรส (กรณีสมัครสมทบผู้สมัคร)

☐ 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน



เลขที่สมาชิก.....

กองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคาย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

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

(1) สถานที่ติดต่อที่อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

(2) ขอสมัครเป็นสมาชิกของกองทุนสวัสดิการสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขสุพรรณเขต กองทุน 1

(3) ชำระเงินสวัสดิการสงเคราะห์ครั้งแรกเริ่มสมัคร ตามตารางสมัคร (อาจเปลี่ยนแปลงตามอัตราภาระในปีต่อไป)

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

(5) หากข้าพเจ้าเสียชีวิต ข้าพเจ้าจะมอบผลประโยชน์ชำระหนี้ให้สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขหนองคาย จำกัด ส่วนที่เหลือมอบให้บุคคลดังนี้

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

ลงชื่อ..... ประธานกองทุนฯ

( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ

(ดร.มะณ บัญศรีมนชัย )

บันทึกของเจ้าหน้าที่ ☐ชำระเงินกองทุน 1 .....บาท (วันที่.....) ☐มีกองทุน 1 อยู่แล้ว เลขที่.....

## ตารางการสมัครกองทุน 1 ประจำปี 2569

| รอบเดือนที่สมัคร     | สวัสดิการ(บาท) | ค่าสมัคร(บาท) | รวมเป็นเงิน(บาท) |
|----------------------|----------------|---------------|------------------|
| 1-20 กันยายน 2568    | 3,940          | 100           | 4,040            |
| 1-20 ตุลาคม 2568     | 3,610          | 100           | 3,710            |
| 1-20 พฤศจิกายน 2568  | 3,280          | 100           | 3,380            |
| 1-20 ธันวาคม 2568    | 2,950          | 100           | 3,050            |
| 1-20 มกราคม 2569     | 2,620          | 100           | 2,720            |
| 1-20 กุมภาพันธ์ 2569 | 2,990          | 100           | 2,390            |
| 1-20 มีนาคม 2569     | 1,960          | 100           | 2,060            |
| 1-20 เมษายน 2569     | 1,630          | 100           | 1,730            |
| 1-20 พฤษภาคม 2569    | 1,300          | 100           | 1,400            |
| 1-20 มิถุนายน 2569   | 970            | 100           | 1,070            |
| 1-20 กรกฎาคม 2569    | 640            | 100           | 740              |
| 1-20 สิงหาคม 2569    | 310            | 100           | 410              |

**กรอกรายละเอียด “ใบคำขอเอาประกัน” ด้านล่างให้ครบถ้วน  
พร้อมแนบ สำเนาบัตรประชาชน (เซ็นรับรองสำเนา)**



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ ราม 9 ชั้น 1, 22-27  
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310  
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 ทะเบียนเลขที่ 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"/> |

5. ผู้รับผลประโยชน์  ความสัมพันธ์   
6. ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการต่ออายุกรมธรรม์ชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณาหรือ  
เพิ่มเบี้ยประกันภัยหรือมีข้อจำกัด หรือแก้ไขในทางหนึ่งทางใดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย  
7. ท่านเคยเป็นวัณโรค โรคเมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือ โรคเกี่ยวกับสมองหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย  
8. ท่านเคยใช้ยาเสพติดให้โทษ หรือดื่มสุราหรือสิ่งมีเมาหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยได้รับการรักษา  
เกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังหรือยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย  
9. ในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยปรึกษาแพทย์ เข้ารับการผ่าตัด หรือเข้ารับการรักษาดูแลในสถานพยาบาล โรงพยาบาล  
หรือสถาบันใดที่คล้ายคลึงกันหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

### หากตอบคำถามใน ข้อ 6 -9 เป็นคำตอบรับว่า "เคย" โปรดกรอกแบบสอบถามแสดงสุขภาพด้านล่างเพิ่มเติม

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  /  mmHg  
 กรณีท่านดื่มสุรา ท่านดื่มบ่อยแค่ไหน จำนวนแก้วที่ดื่มต่อวัน

#### การให้ถ้อยคำ การให้ความยินยอม และการมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่าเป็น หรือเคยรักษาโรคเอดส์ หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ และข้าพเจ้าทราบดีว่า ถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์แล้ว บริษัท ฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้าแจ้งมอบข้อมูลหรือประวัติการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบบ่งยา 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 ที่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ คำสั่งศาล คำร้องขอใด ๆ หรือคำสั่งของหน่วยงานกำกับดูแลใด ๆ และ/หรือเพื่อการดำเนินการ การพัฒนาการประกอบการของบริษัท

เขียนที่  วันที่  เดือน  พ.ศ.

นายหน้า/ตัวแทนได้ตรวจสอบต้นฉบับของเอกสารแสดงตนของผู้ขอเอาประกันภัย และเห็นว่าตรงกับสำเนารูปถ่ายเอกสารที่ส่งมอบให้แก่บริษัท

ลงชื่อ   
(  )  
พยาน

ลงชื่อ   
(  )  
ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ   
(  )  
พยาน

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ลงชื่อเป็นพยานด้วย)

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

เอกสารแนบ  
 1.สำเนาบัตรประชาชน  
 2.สำเนาทะเบียนบ้าน  
 3.กรณีคู่สมรสแนบบัตรประชาชนคู่สมรส ทะเบียนบ้าน

ลงชื่อ   
(  )  
ผู้ให้คำยินยอม