



กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.)

Member of Thai Public Health SACCOs Members' Welfare Fund (MTPF)

ที่ กสธท. ว. 5615 /2565

26 กันยายน 2565

เรื่อง การรับสมัครสมาชิกกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.) ล้านสตรี สำหรับผู้หญิง รับอายุ 20 - 45 ปี ประจำเดือนตุลาคม 2565

เรียน ประธานกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาล สาธารณสุข และสหกรณ์ออมทรัพย์หน่วยงาน ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มคำขอเอาประกันภัย	จำนวน 3 ชุด
2. ประกาศการจัดสรรเงินค่าบริหารฯ	จำนวน 1 ฉบับ
3. ขั้นตอนการสมัคร	จำนวน 1 ชุด
4. แผ่นประชาสัมพันธ์	จำนวน 10 แผ่น

ด้วยกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.) โดยมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 8/2565 วันเสาร์ ที่ 23 กรกฎาคม 2565 มีมติให้เปิดรับสมัครสมาชิก กสธท. ล้านสตรี ที่มีอายุระหว่าง 20 ปี ถึงอายุ 45 ปี สำหรับสมาชิกเพศหญิงที่เป็นสมาชิกสมาคม ฅาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสทท. ล้านที่ 1) และกองทุน สวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท. ล้านที่ 2) (ยกเว้นอาชีพทหาร ตำรวจ และอาสาสมัคร) อัตราเบี้ยประกันอายุ 20 ปี เริ่มต้น 2,720.- บาท เบี้ยประกันคงที่ 10 ปี เมื่อครบสัญญา ต่ออายุได้อีกทุก 10 ปี จนกว่าจะอายุ 65 ปี ต่อทุนประกัน 1,000,000.- บาท (หนึ่งล้านบาทถ้วน) นั้น

ทั้งนี้ เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสให้กับสมาชิกสมาคมฅาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสทท.) และสมาชิกกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.) ล้านที่ 2 เท่านั้น โดยที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ ครั้งที่ 10/2565 วันเสาร์ ที่ 24 กันยายน 2565 มีมติกำหนดหลักเกณฑ์เงื่อนไขการรับสมัครสมาชิก กสธท. ล้านสตรี และเปิดโอกาสให้สมาชิกผู้มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไข และประกาศการรับสมัคร กสธท. ที่มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อสมัครเป็นสมาชิก กสธท. ล้านสตรี โดยสมัครใจอย่างทั่วถึง ดังนี้



กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธท.)

เลขที่ 199/9 อาคารเพชรสะพานบุญ ชั้น 4 หมู่ที่ 2 ถนนนครินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

โทรศัพท์ 0 2496 1350-57, 09 2581 8080, 09 2592 4199 โทรสาร 0 2496 1359

199/9 Petch Saphan Boon Building, 4th Floor, Moo 2, Nakhon In Road, Bang Si Thong Subdistrict, Bang Krui District, Nonthaburi Province 11130 Thailand
Tel. +66 2496 1350-57, 09 2581 8080, 09 2592 4199 Fax +66 2496 1359 <http://www.matpf.com>

ตารางอัตราค่าเบี้ยประกัน กสท. ล้ำสตรี และส่วนลดพิเศษ

อายุ (ปี)	ค่าเบี้ยประกันชีวิต (บาท)	ส่วนลด (บาท)	คงเหลือยอด ที่ต้องชำระ (บาท)
20	2,720.00	1,000.00	1,720.00
21	2,750.00	1,000.00	1,750.00
22	2,780.00	1,000.00	1,780.00
23	2,810.00	1,000.00	1,810.00
24	2,850.00	1,000.00	1,850.00
25	2,900.00	1,000.00	1,900.00
26	2,930.00	1,000.00	1,930.00
27	2,960.00	1,000.00	1,960.00
28	3,000.00	1,000.00	2,000.00
29	3,050.00	1,000.00	2,050.00
30	3,100.00	1,000.00	2,100.00
31	3,170.00	1,000.00	2,170.00
32	3,240.00	1,000.00	2,240.00
33	3,320.00	1,000.00	2,320.00
34	3,420.00	1,000.00	2,420.00
35	3,520.00	1,000.00	2,520.00
36	3,640.00	1,000.00	2,640.00
37	3,770.00	1,000.00	2,770.00
38	3,910.00	1,000.00	2,910.00
39	4,070.00	1,000.00	3,070.00
40	4,240.00	1,000.00	3,240.00
41	4,420.00	1,000.00	3,420.00
42	4,630.00	1,000.00	3,630.00
43	4,850.00	1,000.00	3,850.00
44	5,100.00	1,000.00	4,100.00
45	5,370.00	1,000.00	4,370.00

- หมายเหตุ : 1. ส่วนลดพิเศษสำหรับสมาชิกที่มีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีประวัติการรักษาโรคร้ายแรง เท่านั้น
2. สามารถนำเบี้ยประกันไปลดหย่อนประกันชีวิตภาษีได้สูงสุด 100,000.- บาท (สำหรับระยะเวลาชำระเบี้ยตั้งแต่ 10 ขึ้นไป)
3. การชำระเงินค่าเบี้ยประกันชีวิต หากสมัครวันที่ 1 – 20 จ่ายค่าเบี้ยประกันชีวิตวันที่ 25 ของเดือน โดยศูนย์ประสานงาน จะนำส่งเงินค่าเบี้ยประกันชีวิตให้ กสท. หลังจากที่มีการอนุมัติ



2. คุณสมบัติของสมาชิกกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
กสธ. ลำดับดังนี้

- (1) เพศหญิง
- (2) มีอายุ 20 ปี ถึงอายุ 45 ปี
- (3) เป็นสมาชิกสมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.
ลำดับที่ 1) และกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ. ลำดับที่ 2)
(ยกเว้นอาชีพทหาร ตำรวจ และอาสาสมัคร)
- (4) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง และปราศจากประวัติการรักษาโรคร้ายแรง เท่านั้น

3. ผู้สมัครกองทุนสวัสดิการสมาชิก กสธ. หากสมัครทุกวันที่ 1-20 ตุลาคม 2565 จะมีสมาชิกภาพ
สมบูรณ์ และเริ่มความคุ้มครองหลังจากกรมธรรม์ได้รับการอนุมัติเป็นสมาชิกแล้ว ดังนี้

- 3.1 สมาชิกภาพสมบูรณ์จากการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2565
 - 3.2 สมาชิกภาพสมบูรณ์จากการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ และการเจ็บป่วย **(ยกเว้นโรคมะเร็ง)**
เมื่อครบ 2 ปี ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567
 - 3.3 สมาชิกภาพสมบูรณ์จากการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง เมื่อครบ 3 ปี ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2568
4. เอกสารประกอบการสมัครสมาชิก กสธ. ลำดับดังนี้
- (1) แบบฟอร์มคำขอเอาประกันภัย
 - (2) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ
 - (3) สำเนาทะเบียนบ้าน
5. ใบสมัครและเอกสารประกอบการสมัครสามารถดาวน์โหลดได้ที่ www.matpf.com

จึงประกาศมาเพื่อโปรดทราบและขอความอนุเคราะห์ท่านโปรดพิจารณาประชาสัมพันธ์
การรับสมัครให้บุคลากรที่มีคุณสมบัติในสังกัดท่านได้ทราบโดยทั่วกัน โดยสามารถสมัครด้วยตนเอง
และติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขต้นสังกัด หรือเจ้าหน้าที่กองทุนสวัสดิการ
สมาชิก กสธ. นางสาวรัตนา เพชรแก้ว โทรศัพท์ 0 2496 1350-57 มือถือ 09 2592 4199 , 09 2581 8080

ขอแสดงความนับถือ



(ดร.มะณู บุญศรีมณีชัย)

ประธานกรรมการกองทุนสวัสดิการ
สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

คำเตือน หากมีการชำระเงินสำหรับเบี้ยประกันภัยจวตแรก ผู้ขอเอาประกันภัยต้องได้รับใบรับเงินชั่วคราว / เอกสารการรับเงินตามเลขที่ที่ระบุ

จำนวนเงินที่ชำระพร้อมใบคำขอนี้.....บาท ชำระโดย ☐ เงินสด ☐ เช็ค ☐ บัตรเครดิต ☐ โอนเข้าบัญชีบริษัท
เลขที่.....ชื่อบัญชี.....ธนาคาร.....สาขา.....
ชื่อและนามสกุลผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....อายุ.....ปี อาชีพ.....ความสัมพันธ์.....

5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งเท่า ๆ กัน)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	ที่อยู่	ร้อยละของผลประโยชน์
.....				
.....				
.....				

6. ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- ☐ **มีความประสงค์** และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์
วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตาม
กฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่
- ☐ **ไม่มีความประสงค์**

**7. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่
สถานะเดิมหรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่** ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

8. ท่านมี หรือ เคยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)			เงินชดเชยรายวัน	ขณะนี้สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

9. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน
โปรดระบุน้ำหนัก ☐ เพิ่มขึ้น.....กก. ☐ ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

10. ท่านเคยมีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้ายาเสพติดหรือเคยต้องโทษเกี่ยวกับคดียาเสพติดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย

11. ท่านเสพ หรือ เคยเสพยาเสพติด หรือสารเสพติดหรือไม่

- ☐ ไม่เสพ/ไม่เคย
- ☐ เสพ/เคยเสพ โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ..... ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ เสพมานาน.....ปี
- ☐ เล็กเสพ เมื่อ.....

12. ท่านดื่ม หรือ เคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่

- ☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย
- ☐ ดื่ม/เคยดื่ม โปรดระบุชนิด.....ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน.....ปี
- ☐ เล็กดื่ม เมื่อ.....

13. ท่านสูบ หรือ เคยสูบ บุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่

- ☐ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ สูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ.....มวน/วัน สูบมานาน.....ปี ☐ เล็กสูบเมื่อ.....

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัย

14. ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่นการเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจ
ด้วยเครื่องมือพิเศษอื่น ๆ หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มีไว้ข้างต้น
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา
.....			
.....			

15. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี หากเคยกรุณากำหนดเครื่องหมายในช่อง ☐ และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ สายตาพิการ	☐ โรคพาร์กินสัน	☐ โรคแผลในทางเดินอาหาร	☐ โรคไต	☐ โรคเก๊าท์
☐ โรคต้อหิน	☐ โรคหลอดเลือดในสมอง	☐ โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	☐ ม้ามโต	☐ โรคเอสแอลอี
☐ โรคจอประสาทตา	☐ โรคอัมพฤกษ์ / โรคอัมพาต	☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง	☐ โรคตับอ่อนอักเสบ	☐ โรคไทรอยด์
☐ โรคความจำเสื่อม	☐ โรคชัก	☐ โรคข้ออักเสบ	☐ โรคหอบหืด	☐ โรคหนังแข็ง
☐ โรควัณโรค	☐ โรคปอด หรือปอดอักเสบ	☐ โรคต่อมไทรอยด์	☐ โรคหัวใจ	☐ โรคหลอดเลือด
☐ โรคเลือด	☐ กว้างหายหรือไขกระดูก	☐ เนื้องอก ก้อนหรือถุงน้ำ	☐ โรคมะเร็ง	☐ ตาเขหรือต้อกระจก
☐ โรคความดันโลหิตสูง	☐ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	☐ โรคกามโรค (ภายใน 2 ปี)	☐ ดีซ่าน	☐ โรคซึมเศร้า
☐ พิการทางร่างกาย	☐ โรคถุงลมโป่งพอง		☐ โรคเบาหวาน	☐ โรคจิต
☐ โรคเอดส์หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☐ โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ			☐ โรคประสาท

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา
.....			
.....			
.....			

16. ก. ท่านเคยมี หรือ กำลังมีอาการ ดังต่อไปนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี

หากเคยมีหรือกำลังมี กรุณากำหนดเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ การมองเห็นผิดปกติ	☐ เจ็บหรือแสบหน้าอก	☐ ปวดท้องเรื้อรัง	☐ ปวดข้อเรื้อรัง
☐ ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	☐ ใจสั่น	☐ ท้องมาน	☐ กล้ามเนื้ออ่อนแรง
☐ ไอเรื้อรัง	☐ จ้ำเลือด	☐ อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	☐ การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ
☐ ไอเป็นเลือด	☐ มีพัฒนาการช้า	☐ ท้องเสียเรื้อรัง	☐ ร่างกายสูญเสียประสาทรับความรู้สึก
☐ เหนื่อยง่ายผิดปกติ	☐ คลำพบก้อนเนื้อ	☐ มีเลือดปนในปัสสาวะ	☐ เคยพยายามทำร้ายร่างกายตนเอง

ข. อาการในระหว่าง 6 เดือนที่ผ่านมา ☐ อาการอ่อนเพลีย ☐ ท้องเดินเรื้อรัง ☐ น้ำหนักลด ☐ โรคผิวหนังเรื้อรัง ☐ ไข้เรื้อรัง

ค. เฉพาะสตรี ☐ กำลังตั้งครรภ์.....เดือน ☐ โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร ☐ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

อาการ	วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน
.....		
.....		

17. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี หากเคยกรุณากำหนดเครื่องหมายในช่อง ☐ และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	☐ กรดไหลย้อน	☐ กระดูกสันหลังเคลื่อน	☐ เชื้อราในช่องคลอดหรือผิวหนัง
☐ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	☐ ตีว	☐ หมอนรองกระดูกเคลื่อนหรือ ทับเส้นประสาท	☐ เส้นประสาทอักเสบหรือถูกเบียดทับ
☐ ไชบีสอักเสบ	☐ ก้อนน้ำดีอักเสบ	☐ ข้อเสื่อม	☐ ออกลูกยาก
☐ ปวดศีรษะไมเกรน	☐ ไข้เลือด	☐ เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง	☐ สมรรถภาพ
☐ ภูมิแพ้	☐ ริดสีดวงทวาร		
☐ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	☐ ฝีในทรวงอก		

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา
.....			
.....			

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ขอเอาประกัน

18. บิดา มารดา พี่น้องร่วมบิดาและ/หรือมารดาของท่าน เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น หรือเคยเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง การพยายามฆ่าตัวตายหรืออาการป่วยทางจิต โรคเลือด หรือโรคไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น

19. สามเณร/ภรรยา ของท่านเป็นโรคเอดส์ (HIV) หรือไวรัสตับอักเสบบีหรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น

20. สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีต้องการแจ้งรายละเอียดเพิ่มเติม)

ส่วนที่ 4 การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ และไม่ได้เป็นผู้ชำระเบี้ยประกันภัยด้วยตนเอง)

1. การรับรองสถานะ

(1) ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี โปรดระบุ ☐ คือสัญชาติอเมริกัน

☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

☐ คือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

(2) ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น

☐ เป็น

☐ เคยเป็นและสิ้นสุดบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็นโปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ.....

(3) ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี

☐ มี

(4) ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)

☐ ไม่มี

☐ มี

2. คำรับรอง

(1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต ("บริษัท") มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ส่วนที่ 5 ข้อความยืนยันก้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้เอาประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงก้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัย ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า แก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายตามนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

☐ บิดา/ มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย

(กรณีผู้เอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ส่วนที่ 6 คำเตือน

1. หากท่านยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ท่านได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไว้
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
3. หากท่านประสงค์จะยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยนี้ด้วยเหตุผลใดก็ตาม ท่านสามารถส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัยมายังบริษัทภายในระยะเวลา 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับกรมธรรม์ประกันภัยจากทางบริษัท เว้นแต่บริษัทได้ออกกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เอาประกันภัยไม่ต้องส่งคืนกรมธรรม์ประกันภัย และบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริงและค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท เว้นแต่เป็นการเสนอขายกรมธรรม์ประกันภัยโดยใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยเต็มจำนวนโดยไม่หักค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น การคืนค่าเบี้ยประกันภัยบริษัทจะดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับการขอใช้สิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ท่านได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้วท่านไม่มีสิทธิยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท และนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ดังต่อไปนี้

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. หากผู้ขอเอาประกันภัยยกเลิกสัญญาประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่ผู้ขอเอาประกันภัยจะได้รับอาจต่ำกว่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระไป
2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้ขอเอาประกันภัยกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง

ก้อยแกลงของพยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต
ข้าพเจ้าขอยืนยันตัวตน ข้อมูล และลายมือชื่อของลูกค้าว่าถูกต้องเป็นจริง

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน / ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ บิดา/ มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



ประกาศกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย
เรื่อง การจัดสรรเงินค่าบริหาร “กสธ. ล้านสตรี” ของกองทุนสวัสดิการ
สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ด้วยกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสธ.) โดยคณะกรรมการ
ดำเนินการ ครั้งที่ 8/2565 เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2565 ได้มีมติเห็นชอบจัดตั้งโครงการ “กสธ. ล้านสตรี”
สำหรับแพทย์ของสหกรณ์ออมทรัพย์โรงพยาบาล หรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น
(ยกเว้นอาชีพทหาร ตำรวจ และอาสาสมัคร)

อาศัยอำนาจตามระเบียบกองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย พ.ศ. 2565
ข้อ 45 (5) พิจารณาจัดทำประกันกลุ่มกับบริษัทประกันชีวิต ตามพระราชบัญญัติประกันชีวิต พ.ศ. 2535 หรือบริษัท
ประกันภัย โดยบริษัท ทูไลฟ์ โบรกเกอร์ จำกัด โดยมีผลประโยชน์ และความคุ้มครองชีวิตเพิ่มอีก 1,000,000.- บาท
สำหรับสมาชิก สมัครโดยสมัครใจ และบริษัท ทูไลฟ์ โบรกเกอร์ จำกัด ได้จัดสรรค่าบริหารจัดการ
โครงการ “กสธ. ล้านสตรี” ให้กับศูนย์ประสานงานที่เข้าร่วมโครงการ หลังจากส่งรายชื่อผู้เอาประกันให้กับ
บริษัทฯ และกรมธรรม์ได้รับการอนุมัติเป็นสมาชิกแล้ว กสธ. จะจัดสรรเงินค่าบริหารจัดการ “กสธ. ล้านสตรี”
ทั้งหมดให้กับศูนย์ประสานงาน ดังนี้

1. จัดสรรเงินค่าบริหารจัดการ “กสธ. ล้านสตรี” ของศูนย์ประสานงาน ที่ได้รับจากบริษัท
ทูไลฟ์ โบรกเกอร์ จำกัด จำนวน 10% จากเงินค่าเบี้ยประกันปีแรก เมื่อกรมธรรม์ได้รับการอนุมัติ
เป็นสมาชิกแล้ว

2. จัดสรรเงินค่าบริหารจัดการ “กสธ. ล้านสตรี” ของศูนย์ประสานงาน ที่ได้รับจากบริษัท
ทูไลฟ์ โบรกเกอร์ จำกัด จำนวน 5 - 7% จากเงินเบี้ยประกันต่ออายุ ตั้งแต่ปีที่ 2 - ปีที่ 10 ซึ่ง กสธ. จัดให้
ศูนย์ประสานงานทั้งหมด ตามแนวทางการจัดสรรเงินฯ ดังนี้

2.1 ปีที่ 2 - ปีที่ 3 บริษัท ทูไลฟ์ โบรกเกอร์ จำกัด จัดสรรค่าบริหารจัดการ “กสธ. ล้านสตรี”
ไม่เกินร้อยละ 7% จากเงินค่าเบี้ยประกันต่ออายุ

2.2 ปีที่ 4 - ปีที่ 10 บริษัท ทูไลฟ์ โบรกเกอร์ จำกัด จัดสรรค่าบริหารจัดการ “กสธ. ล้านสตรี”
ไม่เกินร้อยละ 5% จากเงินค่าเบี้ยประกันต่ออายุ

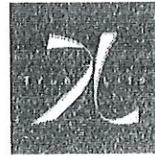
ทั้งนี้ มีผลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2565

ประกาศ ณ วันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

๗

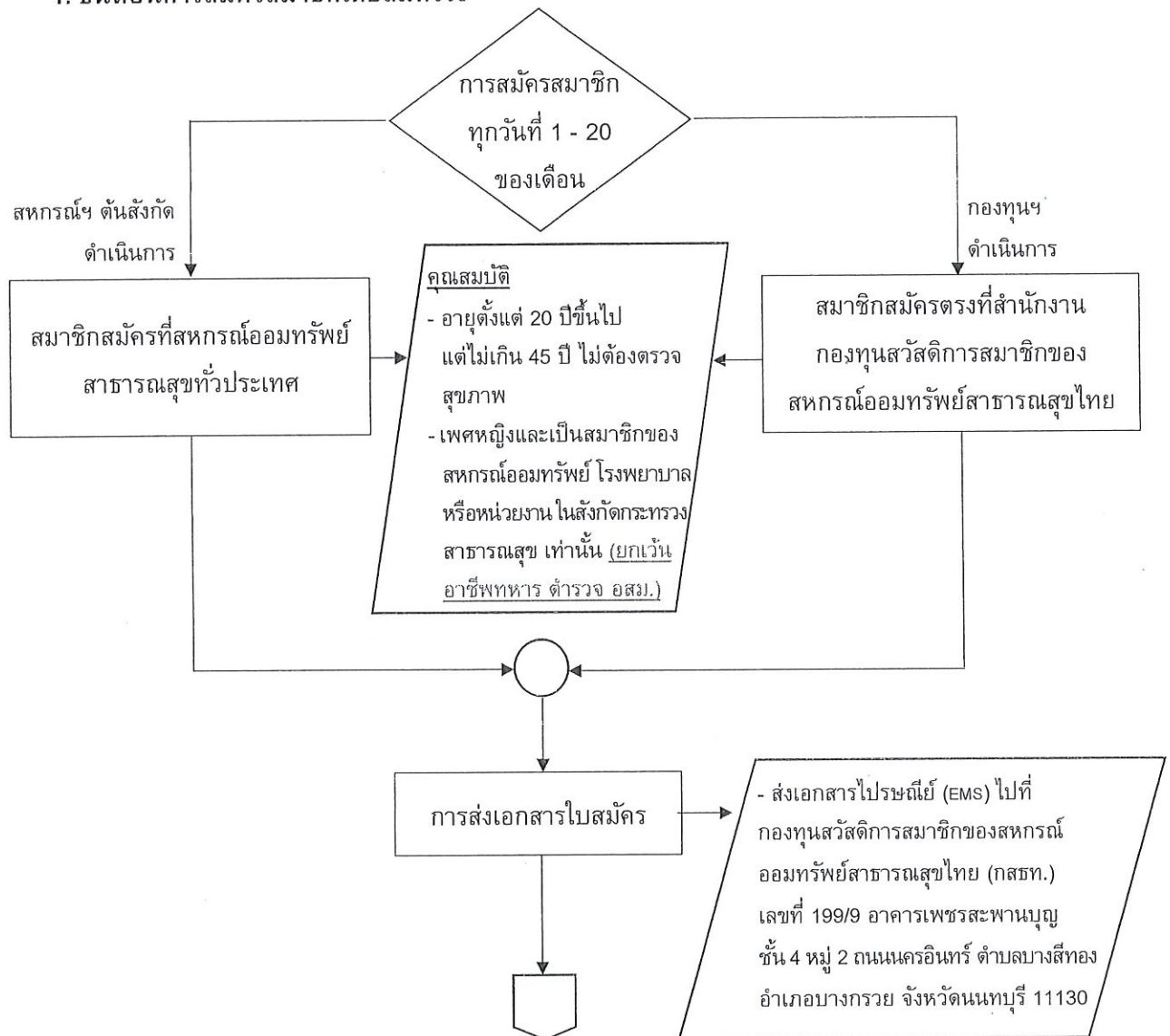
(ดร.มะณู บุญศรีมณีชัย)

ประธานกรรมการกองทุนสวัสดิการ
สมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย



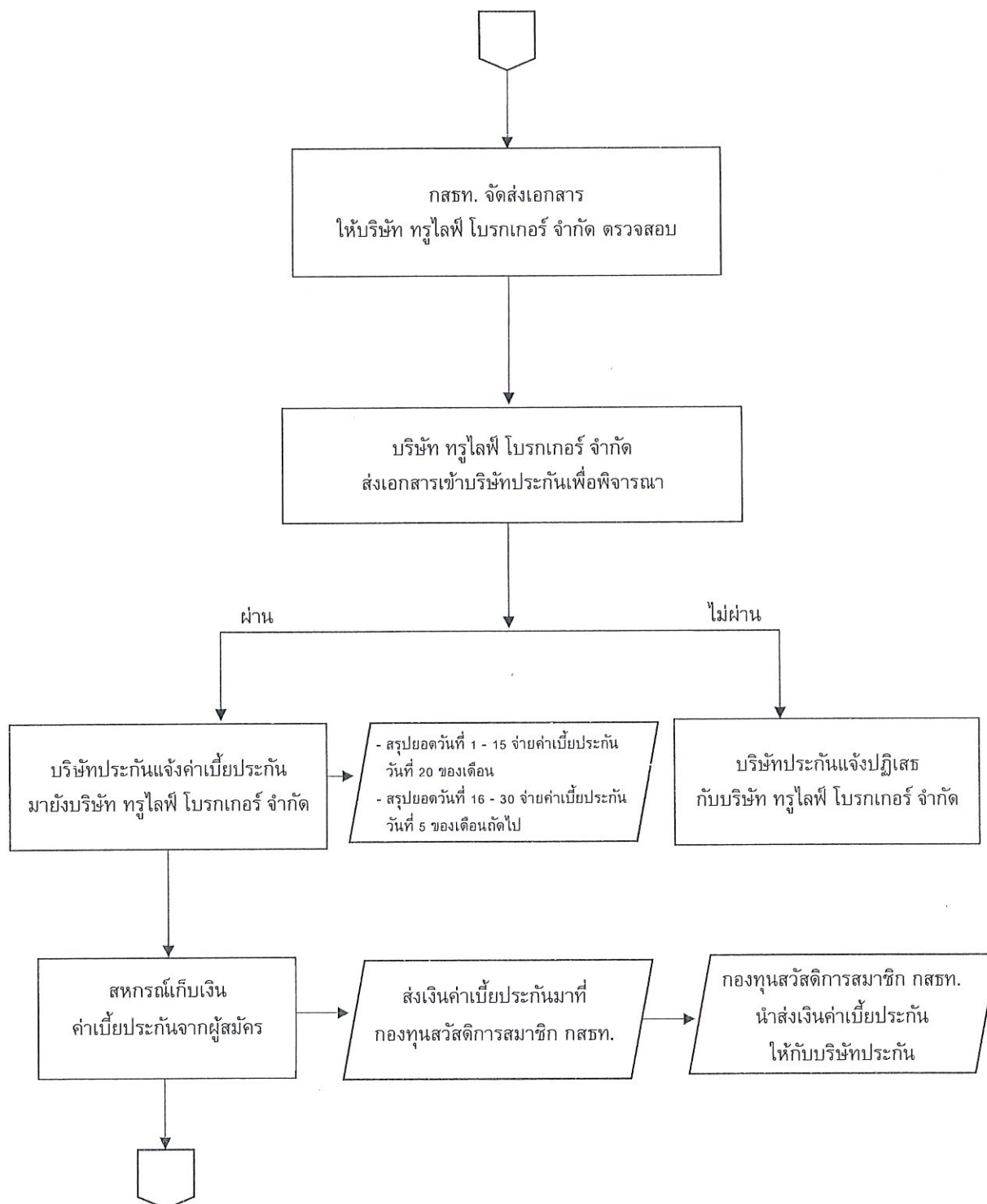
กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสท.)
ขั้นตอนการสมัคร กสท. ล้านสตรี

1. ขั้นตอนการสมัครสมาชิกโดยสมัครใจ

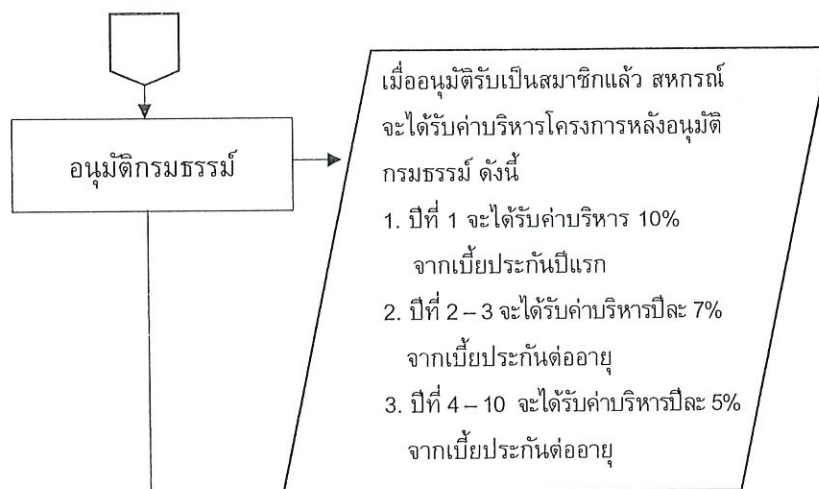


กองทุนสวัสดิการสมาชิกของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสท.)
ขั้นตอนการสมัคร กสท. ล้านสตรี

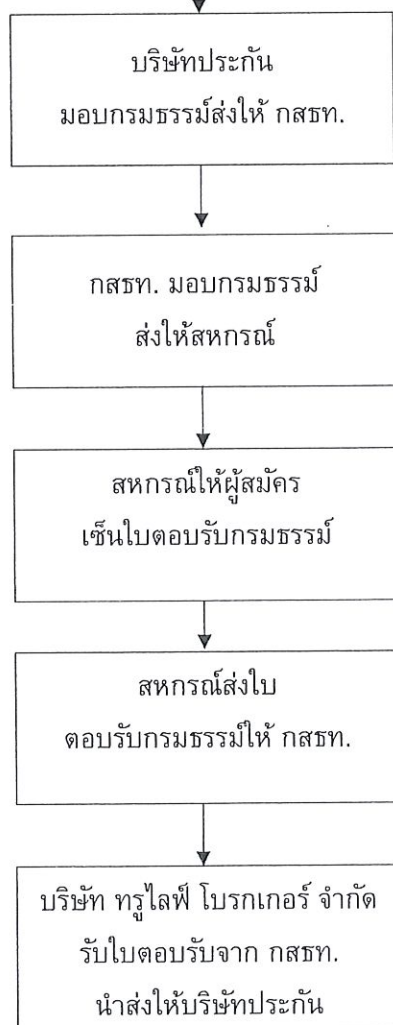
2. ขั้นตอนการชำระเงิน



3. ขั้นตอนการอนุมัติกรรมธรรม์



4. ขั้นตอนการมอบกรรมธรรม์





กองทุนสวัสดิการสมาชิก

ของสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (กสท.)



รับอายุ 20 ปี
แต่ไม่เกิน
45 ปี

สำหรับสมาชิก
สสท. ชั้นที่ 1
และ กสท. ชั้นที่ 2

กสท. ล้านสตรี
สำหรับผู้หญิง

อายุไม่เกิน 45 ปี

เบี้ยประกันคงที่ 10 ปี
และเปลี่ยนทุก 10 ปี

สมัครเลย
ไม่ต้องตรวจ
สุขภาพ



รอบการสมัคร

เปิดรับสมัคร วันที่ 1 - 20 ของทุกเดือน
“โดยสมัครใจ”



สำหรับสมาชิกเพศหญิงของสหกรณ์ออมทรัพย์ โรงพยาบาล หรือหน่วยงาน ในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น (ยกเว้นอาชีพทหาร ตำรวจ และอาสาสมัคร)

ตารางอัตราค่าเบี้ยประกัน

อายุ (ปี)	ค่าเบี้ยประกันชีวิต (บาท)	อายุ (ปี)	ค่าเบี้ยประกันชีวิต (บาท)
20	2,720.-	33	3,320.-
21	2,750.-	34	3,420.-
22	2,780.-	35	3,520.-
23	2,810.-	36	3,640.-
24	2,850.-	37	3,770.-
25	2,900.-	38	3,910.-
26	2,930.-	39	4,070.-
27	2,960.-	40	4,240.-
28	3,000.-	41	4,420.-
29	3,050.-	42	4,630.-
30	3,100.-	43	4,850.-
31	3,170.-	44	5,100.-
32	3,240.-	45	5,370.-

ต่อทุนประกัน

1,000,000.- บาท

อัตราเบี้ยประกัน อายุ 20 ปี เริ่มต้น



2,720.- บาท

เมื่อครบสัญญา
ต่ออายุได้อีก
จนกว่าจะอายุ 65 ปี

*พิเศษ!
ส่วนลด
1,000.-

เอกสารประกอบการสมัคร

1. แบบฟอร์มคำขอเอาประกันภัย
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
หรือสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน

หมายเหตุ : *เฉพาะสมาชิกที่มีสุขภาพแข็งแรง
และไม่มีประวัติการรักษาโรคร้ายแรงเท่านั้น

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับเมื่อสมาชิกเสียชีวิต

1. สมาชิกภาพสมบูรณ์จากการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ ตั้งแต่วันที่ 1 ของเดือนถัดไป
2. สมาชิกภาพสมบูรณ์จากการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ และการเจ็บป่วย (ยกเว้นโรคมะเร็ง)
เมื่อครบ 2 ปี ในวันที่ 1 ของเดือนถัดไป
3. สมาชิกภาพสมบูรณ์จากการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง เมื่อครบ 3 ปี ในวันที่ 1 ของเดือนถัดไป
4. รับความคุ้มครองการเสียชีวิตตลอดสัญญา 100% ของทุน
5. สามารถนำเบี้ยประกันไปลดหย่อนภาษีได้สูงสุด 100,000 บาท (สำหรับระยะเวลาชำระเบี้ยประกันตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป)