

## ประกาศ

### สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ จำกัด เรื่อง โครงการเงินกู้เพื่อชำระหนี้บัตรเครดิต และหนี้บุคคลภายนอก ฉบับที่ 2

ตามที่สหกรณ์ได้มีประกาศ สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ จำกัด เรื่อง โครงการเงินกู้เพื่อชำระหนี้บัตรเครดิต และหนี้บุคคลภายนอก ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2557 ไปแล้วนั้น เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และเป็นประโยชน์ต่อสหกรณ์ยิ่งขึ้นคณะกรรมการดำเนินการจึงให้มีแก้ไขเพิ่มเติม ประกาศ สหกรณ์ฯ เรื่อง โครงการเงินกู้เพื่อชำระหนี้บัตรเครดิต และหนี้บุคคลภายนอก

อาศัยอำนาจตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ จำกัด ว่าด้วย การให้เงินกู้และดอกเบี้ยเงินกู้ พ.ศ. 2557 ข้อ 13 , 54 , 55 และมติที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการ สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ จำกัด ชุดที่ 25 ครั้งที่ 8 เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2557 ให้มีการประกาศ สหกรณ์ฯ โครงการ เงินกู้เพื่อชำระหนี้บัตรเครดิต และหนี้บุคคลภายนอก แก้ไขเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

#### วงเงินกู้ยืม

1. ไม่เกิน 500,000.00 บาท (ห้าแสนบาทถ้วน)
2. สามารถกู้เงินได้เกินวงเงินกู้สามัญ และให้เป็นสัญญาที่ 3 ได้
3. สำหรับสมาชิกที่กู้เงินพิเศษสามารถกู้ได้โดยรวมกันแล้วต้องไม่เกินวงเงินกู้พิเศษของผู้กู้

#### วิธีดำเนินการ

1. ยื่นคำขอกู้ได้ตั้งแต่บัดนี้ถึง 31 ตุลาคม 2557
2. ระยะเวลาการส่งชำระหนี้ไม่เกิน 200 งวด และเมื่อรวมกันแล้วต้องไม่เกินอายุ 70 ปี
3. อัตราดอกเบี้ยตามประกาศอัตราดอกเบี้ยเงินกู้ปกติของสหกรณ์
4. ส่งสำเนาใบแจ้งหนี้ย้อนหลัง 3 เดือน
5. กรณีที่มีการกู้ยืมเงินบุคคลภายนอกให้รับรองข้อเท็จจริงโดยหัวหน้าสำนักงานตรวจบัญชีสหกรณ์/ ผู้อำนวยการสำนักงานเท่านั้น (ผู้รักษาการแทนไม่สามารถรับรองได้) โดยส่งผ่านผู้อำนวยการสำนักงานตรวจบัญชีสหกรณ์ต้นสังกัด (กรณีผู้กู้สังกัดสำนักงานตรวจบัญชีสหกรณ์) เพื่อรับทราบการกู้เงินครั้งนี้ด้วย
6. การชำระหนี้บัตรต่าง ๆ ให้สหกรณ์เป็นผู้ชำระหนี้ตามใบแจ้งหนี้
7. กรณีหนี้เงินกู้ยืมบุคคลภายนอก สหกรณ์จะโอนเงินให้ ผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ดำเนินการชำระหนี้แทน ผู้กู้ โดยส่งหลักฐานการชำระหนี้ให้สหกรณ์
8. สมาชิกไม่สามารถกู้เงินตามวัตถุประสงค์นี้ได้อีก
9. สมาชิกที่เข้าโครงการนี้ไม่สามารถกู้เงินสามัญปกติได้หากยังมีหนี้รวมกันแล้วเกินกว่าวงเงินกู้สามัญปกติตามสิทธิของสมาชิกรายนั้น ๆ
10. ต้องทำประกันชีวิตกลุ่มเพิ่มวงเงินสินไหมคุ้มครองกรณีเสียชีวิตเท่ากับจำนวนที่ได้รับอนุมัติกู้เงินตามโครงการนี้
11. สมาชิกที่กู้เงินตามโครงการนี้ต้องยินยอมให้สหกรณ์นำเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนกึ่งหนึ่งที่ได้รับตั้งแต่ปีบัญชี 2557 มาชำระหนี้เงินกู้ตามโครงการนี้จนกว่าจะชำระเสร็จสิ้น
12. การพิจารณาเงินกู้ตามโครงการนี้คณะกรรมการดำเนินการมอบอำนาจให้คณะกรรมการเงินกู้เป็นผู้พิจารณาอนุมัติ
13. ในกรณีการกู้เงินไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในประกาศนี้ให้คณะกรรมการเงินกู้เสนอที่ประชุมคณะกรรมการดำเนินการเป็นผู้พิจารณาต่อไป

**หลักประกัน**

ให้เป็นไปตามระเบียบสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ จำกัด  
ว่าด้วย การให้เงินกู้ และดอกเบี้ยเงินกู้ พ.ศ. 2557 หมวด 5 หลักประกันสำหรับเงินกู้ ข้อ 38 ข เงินกู้สามัญ

**ผู้บริหารโครงการ**

คณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ จำกัด

ประกาศ ณ วันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2557



(นายเกรียงศักดิ์ บุณยะสุต)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ จำกัด

คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ผู้เอาประกันภัยต้องตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อหากปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

Warning from Office of Insurance Commission. The applicant for life insurance shall answer questions in the questionnaire form truly, covering every clause. Any cover up of facts may result in the insurance company refusing to pay compensation in accordance with the Life Assurance 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

- กรมธรรม์กลุ่มเลขที่ (Policy No.).....-L.....-H
- ใบรับรองเลขที่ (Certificate No.).....

#### จากกรมออมทรัพย์ข้าราชการกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ จำกัด

1. ชื่อผู้ทรงกรมธรรม์ (Policyholder).....
2. ชื่อสมาชิก (Insured Person) (...) นาย (Mr.) (...) นาง (Mrs.) (...) นางสาว (Miss).....  
อายุ (Age).....ปี (Years) วัน เดือน ปีเกิด (Date of Birth).....ที่อยู่ (Address).....  
อาชีพ (Occupation).....ตำแหน่ง(Position).....
3. บัตรประจำตัว (I.D. card) (...) ประชาชน (Nation I.D. card) (...) ข้าราชการ (Government I.D. card) (...) อื่น ๆ (Other Card).....เลขที่ (Card No.).....
4. ชื่อผู้รับประโยชน์ (Name of Beneficiary) ความสัมพันธ์ (Relation) ส่วนแบ่ง % (Share)  
.....  
.....  
.....

#### จากกรมออมทรัพย์ข้าราชการกรมตรวจบัญชีสหกรณ์ จำกัด

5. ให้ผู้สมัครสมาชิกของผู้เอาประกันภัยกลุ่มกรอกข้อความต่อไปนี้ (Please give details as follows)
  - ก. ส่วนสูง (Height) .....ซ.ม. (c.m.) น้ำหนัก (Weight).....ก.ก.(k.g.)
  - ข. ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย หรือเคยรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือไม่  
(Over the past 5 years have you ever been injured, sickness, and taking advice from doctor?)  
( ) เคย (Yes) ( ) ไม่เคย (No)
  - ค. ใบคำขอเอาประกันภัย หรือใบคำขอต่ออายุ กรมธรรม์ประกันชีวิตใด ๆ ของท่านเคยถูกบริษัทประกันภัย ปฏิเสธ หรือเลื่อนการพิจารณา หรือต้องเพิ่มเบี้ยประกันภัย หรือเปลี่ยนแปลงแบบการประกันภัยหรือไม่  
(Have you ever been refused, deferred for acceptance, Insurance premium increased of face any changes in policy conditions from this company of from any other company or not?)  
( ) เคย (Yes) ( ) ไม่เคย (No)

ง. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต วัณโรค โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติดให้โทษบ้างหรือไม่ (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 หรือทราบเรื่องราวเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าเปิดเผยให้ บริษัท 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.)

สำนักงานคุ้มครองทรัพย์สินทางราชการตรวจและเซ็นเซอร์แล้ว

ทำที่ (Written at).....

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) ..... ..... .....
--



## หนังสือยินยอม

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....สมาชิกเลขทะเบียนที่.....

ยินยอมให้สหกรณ์หักเงินปันผลและเงินเฉลี่ยคืนกึ่งหนึ่งมาชำระหนี้เงินกู้สามัญโครงการเงินกู้เพื่อชำระหนี้บัตรเครดิต และหนี้บุคคลภายนอก ตั้งแต่ปีบัญชี 2557 เป็นต้นไปจนกว่าจะชำระหนี้แล้วเสร็จ

..... ผู้ให้คำยินยอม  
(.....)

..... พยาน  
(.....)