



ที่ ฉช ๐๐๑๙ /ว ๑๒๙

สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทรา
ถนนเรืองวุฒิ ฉช ๒๔๐๐๐

๓๑ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ปี ๒๕๖๑

เรียน พัฒนาการอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เงื่อนไขความคุ้มครองประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ประจำปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบฟอร์มสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม (สำหรับสมาชิกสมทบ) จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย ในปี ๒๕๖๑ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนาชุมชน จำกัด ได้ทำสัญญาการประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม กับบริษัทไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สัญญามีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒ โดยในปีนี้อัตราค่าเบี้ยประกันประเภทสวัสดิการ เป็นเงิน ๕๐๐ บาท ต่อคนต่อปีต่อทุนประกัน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ซึ่ง สอ.พช. เป็นผู้จ่ายค่าเบี้ยประกันจำนวนดังกล่าวให้แก่สมาชิกและสมาชิกสมทบที่มีอายุการเป็นสมาชิกตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป สำหรับเงื่อนไขความคุ้มครอง ประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ประจำปี ๒๕๖๑ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

ในการนี้ สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดฉะเชิงเทรา จึงขอให้ท่านได้แจ้งสมาชิกที่ประสงค์ทำประกันกับสหกรณ์สมัครทำประกันแผน ๑ หรือ แผน ๒ ได้เพียงแผนเดียว สำหรับสมาชิกที่ประสงค์ทำประกันแผน ๒ ให้จ่ายเบี้ยประกันเพิ่มอีก ๕๐๐ บาท หรือสมัครทำประกันสมทบให้คู่สมรสหรือบุตรในแผนเดียวกับสมาชิกหรือแผนที่ต่ำกว่าสมาชิกได้ โดยจ่ายค่าเบี้ยประกันเองทั้งหมด และขอให้แจ้งรายชื่อผู้ทำประกัน ส่งให้ฝ่ายอำนวยการ ภายในวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ หากพ้นกำหนดจะถือว่าสมาชิกทำประกันแผน ๑ หุกราบ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายจักรพันธ์ ตระการศาสตร์)

นักวิชาการพัฒนาชุมชนชำนาญการพิเศษ รักษาการแทน
พัฒนาการจังหวัดฉะเชิงเทรา

ฝ่ายอำนวยการ

โทร./โทรสาร ๐๓๘-๕๑๓๖๔๐ ,๐๓๘-๕๑๑๒๓๙



กรมการพัฒนาชุมชน : เศรษฐกิจฐานรากมั่นคงและชุมชนพึ่งตนเองได้ ภายในปี ๒๕๖๕

เงื่อนไขความคุ้มครอง ประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ประจำปี 2561

ในปี 2561 สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนาชุมชน จำกัด ได้ทำสัญญาการประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม กับ บริษัทไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สัญญาเริ่ม วันที่ 1 เมษายน 2561 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2562 โดยบริษัทให้ความคุ้มครองทุกสถานที่ทั่วโลก ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในเวลางานและนอกเวลางาน ดังนี้

1. คุ้มครองการเสียชีวิต กรณีเจ็บป่วย จะได้รับเงินสินไหมทดแทนตามจำนวนเงินเอาประกันภัย
2. คุ้มครองการเสียชีวิต กรณีประสบอุบัติเหตุ จะได้รับเงินสินไหมทดแทนตามจำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ
3. คุ้มครองการเสียชีวิต กรณีประสบอุบัติเหตุสาธารณภัยตามเงื่อนไขของอุบัติเหตุสาธารณภัย จะได้รับเงินเอาประกันภัยเพิ่มอีก 2 เท่าของจำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ
4. คุ้มครองการสูญเสียอวัยวะจากอุบัติเหตุ ได้แก่ สูญเสีย ขา แขน สายตา นิ้วมือ จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนกรณีสูญเสียอวัยวะจากอุบัติเหตุ ดังนี้
 - 1) สูญเสียอวัยวะ ขา แขน สายตา 2 ใน 6 ข้าง จ่าย 100 % ของจำนวนเงินเอาประกันภัยอุบัติเหตุ
 - 2) สูญเสียอวัยวะ ขา แขน สายตา 1 ใน 6 ข้าง จ่าย 60 % ของจำนวนเงินเอาประกันภัยอุบัติเหตุ
5. คุ้มครองทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรทุกกรณี ทั้งจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วย จ่าย 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ทั้งนี้ เมื่อบริษัทจ่ายเงินสินไหมให้แล้ว ในปีต่อไปบริษัทจะไม่รับประกันภัยต่อ เนื่องจากสมาชิกตกเป็นบุคคลทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรแล้ว

ข้อยกเว้น การจ่ายเงินสินไหมทดแทน มีดังนี้

1. ผู้เอาประกันฆ่าตัวตายด้วยความสมัครใจ ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่เข้าร่วมโครงการ หรือผู้เอาประกันภัยถูกผู้รับผลประโยชน์ฆ่าตาย
2. ผู้เอาประกันภัยรายใหม่ที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงสมบูรณ์หรือป่วยเป็นโรคร้ายแรง ก่อนการเริ่มเอาประกันหรือการปรับทุนประกันเงินกู้สามัญระหว่างปี เว้นแต่ผู้เอาประกันภัยนั้นได้เอาประกันภัยตามสัญญานี้มาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 12 เดือน

หมายเหตุ : ประกันชีวิตเป็นประกัน ปีต่อปี ดังนั้น สมาชิกที่ประสงค์เพิ่มทุนประกันหรือสมัครทำประกันชีวิตให้กับครอบครัวต้องแจ้งสมัครทุกปี และควรสมัครทำประกันชีวิตต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้เสียสิทธิ์ในกรณีปฏิเสธการจ่ายเงินสินไหมทดแทน เนื่องจากเจ็บป่วยแล้วมาทำประกัน

ติดต่อสอบถาม เจ้าหน้าที่บริการสมาชิก

โทร 02-1438144-51 ต่อ 601-602



แบบฟอร์มสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ประจำปี 2561
(สำหรับสมาชิกสมทบที่เป็นสมาชิก 1 ปี ขึ้นไป)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าประสงค์สมัครทำประกัน ดังนี้ (โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ในแผน 1 หรือ แผน 2 เท่านั้น
และกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มด้านล่าง)

เลขทะเบียน	ชื่อ-สกุล	แผน 1 (ทุน 100,000 บาท)	แผน 2 (ทุน 200,000 บาท)
90 _ _ _			

หมายเหตุ : สำหรับสมาชิกสมทบที่มีอายุการเป็นสมาชิก 1 ปี ขึ้นไป และโปรดแจ้งความประสงค์
เข้าร่วมโครงการ ภายในวันที่ 16 มีนาคม 2561 กรณีไม่ต้องการสมัครเพิ่มไม่ต้องส่งเอกสารกลับมาที่ สอ.พช.

ลงชื่อ.....

(.....)

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

.....

.....

.....

เบอร์โทรศัพท์.....