



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมส่งเสริมการเกษตร กองการเจ้าหน้าที่ โทร ๐๒ ๙๔๐-๖๐๓๙

ที่ กษ ๑๐๐๒/ว ๙๙๘

วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง โครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๖๐

เรียน ผู้อำนวยการสำนักทุกสำนัก ผู้อำนวยการกองทุกกอง ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาการเกษตร
ทุกสำนักงาน เกษตรกรุงเทพมหานคร เกษตรจังหวัดทุกจังหวัด และผู้อำนวยการศูนย์ทุกศูนย์

ตามที่กรมส่งเสริมการเกษตร ได้จัดโครงการประกันหมู่สวัสดิการสำหรับข้าราชการและเจ้าหน้าที่
กรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๖๐ โดยร่วมกับ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด อัตราค่าเบี้ยประกัน
คนละ ๖๕๐ บาท และมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๙ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ นั้น

บัดนี้ ได้ครบกำหนดจัดทำโครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตรประจำปี ๒๕๖๐
บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด ซึ่งเสนอผลประโยชน์ที่จะได้รับและจะมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๐
และสิ้นสุดวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑ สำหรับในปีนี สมาชิกวัยเดิมที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์สามารถให้
ความคุ้มครองได้จนถึงอายุ ๖๕ ปีบริบูรณ์ ซึ่งมีผลประโยชน์และความคุ้มครอง ดังนี้

๑. เสียชีวิตด้วยการเจ็บป่วย ได้รับเงินสินไหมทดแทน ๑๐๐,๐๐๐ บาท
๒. เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ ได้รับเงินสินไหมทดแทน ๒๐๐,๐๐๐ บาท
๓. เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุพิเศษ ได้รับเงินสินไหมทดแทน ๓๐๐,๐๐๐ บาท
๔. เบิกค่ารักษาเนื่องจากอุบัติเหตุ (จ่ายตามความเป็นจริง ครั้งละไม่เกิน) ๑๐,๐๐๐ บาท
๕. เงื่อนไขความคุ้มครองอื่น ๆ ตามเอกสารที่แนบท้ายนี้

กรมส่งเสริมการเกษตรเห็นความสำคัญของการประกันชีวิต เนื่องจากเป็นหลักประกันให้กับ
ครอบครัว ดังนั้น ขอให้หน่วยงานประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว และพนักงานราชการ
ในสังกัดทราบเพื่อเข้าร่วมโครงการประกันหมู่ฯ ทั้งนี้ ขอให้หน่วยงานแจ้งรายชื่อผู้ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการฯ
โดยให้ส่งรายชื่อให้กลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กองการเจ้าหน้าที่ ภายในวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๐
ตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้ (สามารถตรวจสอบรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ รายเดิม ประจำปี ๒๕๖๐
ได้ที่ <http://www.person.doae.go.th>)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ในสังกัดทราบต่อไป

(นายสงกรานต์ ภัคดีคง)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมส่งเสริมการเกษตร



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thailife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

ที่ ทพ.1450-RW0461/60

การประกันชีวิตและอุบัติเหตุกลุ่ม ต่ออายุสัญญาปี 2560 กรมส่งเสริมการเกษตร		
จำนวนสมาชิกรวม 808 คน		
ผลประโยชน์ที่จะได้รับ		
1. การประกันชีวิต	เสียชีวิตทุกกรณี	100,000
2. การประกันอุบัติเหตุ		
2.1 เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ (รวมข้อ 1)		100,000
2.2 เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุพิเศษ (จ่ายเพิ่มจากข้อ 1)		200,000
2.3 สูญเสียมือ หรือเท้า หรือสายตา 2 ข้าง		100,000
2.4 สูญเสียมือ หรือเท้าข้างหนึ่งและสายตาอีกข้างหนึ่ง		100,000
2.5 สูญเสียมือ และเท้า รวม 2 อย่าง		100,000
2.6 สูญเสียมือ หรือเท้า หรือสายตาเพียงข้างเดียว		60,000
2.7 ทพพลภาพถาวร (อบ.4 ผลข้อ 3)		
2.7.1 ทพพลภาพถาวรสิ้นเชิง		100,000
2.7.2 ทพพลภาพถาวรบางส่วน จ่ายไม่เกิน		50,000
2.8 สูญเสียอวัยวะ สลายตา การรับฟังเสียงและการพูดออกเสียง	(อัตราตั้งแต่ 1%-75%)	
2.9 ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (อบ.5)		10,000
3. ทพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ		100,000
อัตราเบี้ยประกันรายปี/คน		650.00

หมายเหตุ 1.การประกันอุบัติเหตุคุ้มครองถึงการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกายโดยเจตนา

2. ผู้มีสิทธิเอาประกันภัย ได้แก่

2.1 คุ้มครองสมาชิกของกรมส่งเสริมการเกษตร โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

- สำหรับสมาชิกเข้าใหม่ต้องมีอายุ ณ วันเริ่มเอาประกันภัยไม่เกิน 60 ปี บริบูรณ์
- สำหรับสมาชิกเดิมให้ความคุ้มครองต่อเนื่องถึงอายุ 65 ปี บริบูรณ์

2.2 สมาชิกที่เข้าใหม่จะต้องแถลงสุขภาพตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ เพื่อประกอบการพิจารณารับประกัน

2.3 ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยแถลงข้อความอันเป็นความเท็จในใบคำขอเอาประกันภัยหรือรู้อยู่แล้วในข้อความจริง แต่ไม่เปิดเผยข้อความจริงนั้นให้บริษัทฯ ทราบ ซึ่งหากบริษัทฯ ทราบข้อความจริงนั้น ๆ อาจจะลงใจบริษัทฯ ให้เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นอีกหรือบอกปัดไม่ยอมทำสัญญาสัญญาประกันภัยจะตกเป็นโมฆะตามมาตรา 865 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างสัญญาเฉพาะราย และคืนเบี้ยประกันภัยเท่าที่ได้ชำระไว้แล้วได้ หากมีการขอเอาประกันภัยต่อเนื่องกันเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี บริษัทฯ จะไม่โต้แย้งหรือคัดค้านความสมบูรณ์แห่งสัญญา

3. อัตราเบี้ยประกันภัยไม่ต้องเสียภาษีและอากร

สค/คพ

31/05/60

ขั้นตอนการรับประกันและวิธีการชำระเบี้ยประกัน

ผู้เข้าร่วมประกันรายเดิม

คุ้มครอง ณ วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๙ (โดยผู้เข้าร่วมประกันจะต้องดำเนินการโอนเงินภายใน ๓๐ วัน นับจากวันครบกำหนดต่ออายุสัญญา)

๑. ผู้เข้าร่วมประกันทุกรายจะต้องส่งจ่ายธนาณัติในนามผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่ ปณจ. จตุจักร เป็นเงินจำนวน ๖๕๐ บาทต่อคน (หกร้อยห้าสิบบาทถ้วน) โดยที่ผู้เข้าร่วมประกันเป็นผู้ชำระค่าธรรมเนียมเอง และเจ้าหน้าที่ของส่งในนาม (หรือรวบรวมส่งจ่ายธนาณัติพร้อมแนบรายชื่อรวมกันได้)

ผู้อำนวยการกลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กองการเจ้าหน้าที่ กรมส่งเสริมการเกษตร

ถนนพหลโยธิน เขตจตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๙๐๐

๒. ผู้เข้าร่วมประกันต้องส่งหลักฐานการส่งเงินไปให้กรมส่งเสริมการเกษตร เพื่อตรวจสอบและรวบรวม รายชื่อส่งให้บริษัทฯ เพื่อให้คุ้มครองต่อไป

๓. ถ้าหากไม่มีหลักฐานการส่งเงิน บริษัทฯ จะยังไม่ให้ความคุ้มครองใด ๆ ทั้งสิ้น

๔. กรณีที่มีสินไหมเกิดขึ้นแต่ไม่มีรายชื่อแจ้งเข้าร่วมประกัน บริษัทฯ จะไม่ดำเนินการจ่ายสินไหมให้ จนกว่าผู้เข้าร่วมประกันจะแสดงหลักฐานการส่งเงินเข้ามายังบริษัทฯ และเมื่อได้มีการตรวจสอบความถูกต้องแล้ว บริษัทฯ จะดำเนินการพิจารณาเรื่องการจ่ายเงินสินไหมต่อไป

ผู้เข้าร่วมประกันรายใหม่

๑. กรุณากรอกใบสมัครตามความเป็นจริงตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

๒. กรุณาตรวจสอบความเรียบร้อยพร้อมทั้งเซ็นชื่อในใบสมัคร พร้อมสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนา บัตรข้าราชการ และเซ็นชื่อกำกับทุกใบด้วย

๓. ผู้มีความประสงค์จะเข้าร่วมประกันรายใหม่ ความคุ้มครองจะมีผล ณ วันที่บริษัทฯ ได้รับใบคำขอ เอาประกันที่สมบูรณ์ พร้อมทั้งหลักฐานการส่งเงินแล้วเท่านั้น (สำหรับผู้เข้าร่วมประกันที่สุขภาพร่างกายสมบูรณ์) กรณี ผู้เข้าร่วมประกันที่มีปัญหาด้านสุขภาพนั้น วันที่มีผลคุ้มครองจะเป็นไปตามที่บริษัทฯ พิจารณารับประกัน เรียบร้อยแล้ว

หมายเหตุ มีปัญหาสอบถามรายละเอียดได้ที่กลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กองการเจ้าหน้าที่

นางลัดดา บุญอรุ่ง

โทร. ๐๒-๙๔๐-๖๐๓๙

โทรสาร ๐๒-๙๔๐-๖๐๓๙

มือถือ ๐๙๘-๙๕๖-๖๓๘๙

แบบตอบรับ

สำหรับสมาชิกรายเดิม (ไม่ต้องกรอกใบสมัคร) และสมัครใหม่ (กรณากรอกใบสมัคร) ผู้ที่จะเข้าร่วม
โครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๖๐
สมาชิกรายเดิมสามารถให้ความคุ้มครองได้ถึงอายุ ๖๕ ปีบริบูรณ์

ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/สังกัด	หมายเหตุ
๑			
๒			
๓			
๔			
๕			
๖			
๗			
๘			
๙			

หมายเหตุ - อัตราค่าเบี้ยประกันคนละ ๖๕๐ บาท (ช่องหมายเหตุ ให้กรอกว่าสมาชิกเก่า, สมาชิกใหม่)
- ขอให้สำนัก/กอง (ส่วนกลาง) สำนักส่งเสริมงานและพัฒนากการเกษตรทุกสำนักงาน

สำนักงานเกษตรจังหวัดทุกจังหวัด สำนักงานเกษตรอำเภอทุกอำเภอ และศูนย์ทุกศูนย์

รวบรวมรายชื่อพร้อมส่งจ่ายธนาณัติในนามผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่ ปณจ.จตุจักร
เป็นเงินจำนวน ๖๕๐ บาทต่อคน (หกร้อยห้าสิบบาทถ้วน) โดยที่ผู้เข้าร่วมประกันเป็นผู้ชำระค่าธรรมเนียมเอง
และเจ้าหน้าที่ของถึง ผู้อำนวยการกลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กองการเจ้าหน้าที่ กรมส่งเสริมการเกษตร
ถนนพหลโยธิน เขตจตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๙๐๐ และส่งให้กลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ ภายในวันที่ ๒๕
สิงหาคม ๒๕๖๐ เพื่อให้ความคุ้มครองในวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๐ ต่อไป

- รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร สามารถตรวจสอบ
รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการประกันหมู่ฯ (สำหรับสมาชิกเดิม) ได้ที่ <http://www.person.doae.go.th>
หัวข้อสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์

ชื่อ.....
(.....)

หมายเหตุ ขอรายชื่อผู้ประสานงานพร้อมเบอร์โทรศัพท์ (มือถือ)



ไทยประกันชีวิต
บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946 www.thaileife.com
ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับ พนักงาน/ลูกจ้าง/สมาชิก

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)

จำนวนเงินเอาประกันชีวิต.....	กรมธรรม์
จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....	เลขที่.....
จำนวนเงินเอาประกันทุพพลภาพ.....	หนังสือรับรอง
ประกันสุขภาพแผน.....	เลขที่.....

- 1 ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร / บริษัท).....
- 2 ชื่อ-สกุล สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว.....
- กรณีผู้สมัครขอเอาประกันภัยไม่ใช่พนักงาน มีความสัมพันธ์เป็น ☐ คู่สมรส ☐ บุตร ของพนักงานชื่อ-สกุล.....
- 3 อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.
เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สถานภาพ: ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย
- 4 เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ ใบสำคัญต่างดาว เลขที่.....
วันที่ออกบัตร.....วันที่บัตรหมดอายุ.....สถานที่ออกบัตร.....
- 5 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.
- 6 วันที่เข้าทำงาน.....ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ.....
สังกัดทีม.....ส่วน.....ฝ่าย/สายงาน.....โทร.
- 7 ผู้รับประโยชน์: ได้แก่
ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์.....
ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์.....
ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์.....
- 8 (ก) ท่านเคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน ☐ ไม่เคย ☐ เคย
โรคตับ โรคความดันโลหิต โรคปอด โรคไต โรคมะเร็ง โรคเกี่ยวกับสมอง/ระบบประสาท
โรคถุงวัด หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่
- (ข) ในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวใน ☐ ไม่เคย ☐ เคย
โรงพยาบาล / สถานพยาบาล หรือไม่
- (ค) ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
- (ง) ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บไข้หรือไม่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- (จ) ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกัน เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
การขอเอาประกันภัย หรือการต่ออายุกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่
- (ฉ) ท่านมีร่างกายส่วนหนึ่งส่วนใดพิการหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

ถ้าตอบคำถามข้อ 8 (ก-ฉ) เป็นการตอบรับ โปรดให้รายละเอียดข้างท้ายนี้ โดยอ้างอิงข้อที่เป็นคำถามด้วย

โรคหรืออาการที่เป็น.....เริ่มเป็นเมื่อ.....
วัน / เดือน / ปี ที่รักษา.....ระยะเวลารักษา.....วัน ผลการรักษาปัจจุบันเป็นอย่างไร.....
ชื่อแพทย์.....สถานพยาบาล.....
อื่นๆ.....

(โปรดพลิก)

- 9 (ก) ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดำเนินการตรวจสอบ หรือสืบสาวะ ตลอดจนนำข้อเท็จจริงที่แถลงไว้ มาใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัยได้
- (ข) ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า หรือที่จะทำการรักษา หรือทำการตรวจข้าพเจ้าต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง หรือเรื่องที่ได้รับทราบจากการรักษาหรือตรวจข้าพเจ้าให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบหรือให้บริษัทประกันภัยอื่นทราบเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย

ผู้เอาประกันภัย จงตอบคำถามแบบสอบถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันปฏิเสธไม่จ่ายค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

()

ผู้แถลงและให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม

ของผู้เอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

สำหรับบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

การตรวจสอบและพิจารณา

การอนุมัติรับประกัน

วันเริ่มประกันภัยวันครบรอบปี

บันทึกการแก้ไข / การเปลี่ยนแปลง