



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมส่งเสริมการเกษตร กองการเจ้าหน้าที่ โทร. ๐ ๒๙๔๐ ๖๐๓๙

ที่ กษ ๑๐๐๒/๑ ศ๑๐

วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๒

เรื่อง โครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๖๒

เรียน ผู้อำนวยการสำนักทุกสำนัก ผู้อำนวยการกองทุกกอง ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาการเกษตร
ทุกสำนักงาน เกษตรจังหวัดทุกจังหวัด เกษตรกรุงเทพมหานคร และผู้อำนวยการศูนย์ทุกศูนย์

ตามที่กรมส่งเสริมการเกษตร ได้จัดโครงการประกันหมู่สวัสดิการสำหรับข้าราชการและเจ้าหน้าที่
กรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๖๑ โดยร่วมกับ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด อัตราค่าเบี้ยประกัน
คนละ ๖๕๐ บาท และมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๑ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๒ นั้น

บัดนี้ ใกล้ครบกำหนดจัดทำโครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตรประจำปี ๒๕๖๒
บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด ซึ่งเสนอผลประโยชน์ที่จะได้รับและจะมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๒
และสิ้นสุดวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ สำหรับในปีนี สมาชิกอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์สามารถ
ให้ความคุ้มครองได้จนถึงอายุ 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 ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒
ตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้ (สามารถตรวจสอบรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ รายเดิม ประจำปี ๒๕๖๑
ได้ที่ <http://www.person.doae.go.th>)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ในสังกัดทราบต่อไป

วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๒

(สมชาย ปิณฑุณี)
รองอธิบดี รักษาการแทน
อธิบดีกรมส่งเสริมการเกษตร



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

ที่ U40521-01/62

การประกันชีวิต และ อุบัติเหตุกลุ่ม

กรมส่งเสริมการเกษตร

จำนวนสมาชิกรวม 687 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 ทูพผลกระทบถาวร (อบ.4 ผลข้อ 3)		
2.7.1 ทูพผลกระทบถาวรสิ้นเชิง		100,000
2.7.2 ทูพผลกระทบถาวรบางส่วน จ่ายไม่เกิน		50,000
2.8 สูญเสียอวัยวะ สลายตา การรับฟังเสียงและการพูดออกเสียง		(อัตราตั้งแต่ 1%-75%)
2.9 ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (อบ.5)		10,000
3. ทูพผลกระทบถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ		100,000
อัตราเบี้ยประกันรายปี/คน		650.00

หมายเหตุ 1. การประกันอุบัติเหตุคุ้มครองถึงการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกายโดยเจตนา

2. ผู้มีสิทธิเอาประกันภัย ได้แก่

2.1 คู่คุ้มครองสมาชิกของกรมส่งเสริมการเกษตร โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

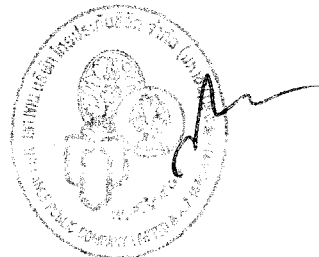
- สำหรับสมาชิกเข้าใหม่ต้องมีอายุ ณ วันเริ่มเอาประกันภัยไม่เกิน 60 ปี บริบูรณ์
- สำหรับสมาชิกเดิมให้ความคุ้มครองต่อเนื่องถึงอายุ 65 ปี บริบูรณ์

2.2 สมาชิกที่เข้าใหม่จะต้องแถลงสุขภาพตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ เพื่อประกอบการพิจารณารับประกัน

2.3 ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยแถลงข้อความอันเป็นความเท็จในใบคำขอเอาประกันภัยหรือรู้อยู่แล้วในข้อความจริง แต่ไม่เปิดเผยข้อความจริงนั้นให้บริษัทฯ ทราบ ซึ่งหากบริษัทฯ ทราบข้อความจริงนั้น อาจจะจูงใจบริษัทฯ ให้เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นอีกหรือบอกปิดไม่ยอมทำสัญญาสัญญาประกันภัยจะตกเป็นโมฆะตามมาตรา 865 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บริษัทฯ มีสิทธิบอกล้างสัญญาเฉพาะราย และคืนเบี้ยประกันภัยเท่าที่ได้ชำระไว้แล้วได้ หากมีการขอเอาประกันภัยต่อเนื่องกันเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี บริษัทฯ จะไม่ได้แจ้งหรือคัดค้านความสมบูรณ์แห่งสัญญา

3. อัตราเบี้ยประกันภัยไม่ต้องเสียภาษีและอากร

สค/กบ
17.06.62



ขั้นตอนการรับประกันและวิธีการชำระเบี้ยประกัน

ผู้เข้าร่วมประกันรายเดิม

คุ้มครอง ณ วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๒ (โดยผู้เข้าร่วมประกันจะต้องดำเนินการโอนเงินภายใน ๓๐ วัน นับจากวันครบกำหนดต่ออายุสัญญา)

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

๒. ผู้เข้าร่วมประกันต้องส่งหลักฐานการส่งเงินไปให้กรมส่งเสริมการเกษตร เพื่อตรวจสอบและรวบรวม รายชื่อส่งให้บริษัทฯ เพื่อให้คุ้มครองต่อไป

๓. ถ้าหากไม่มีหลักฐานการส่งเงิน บริษัทฯ จะยังไม่ให้ความคุ้มครองใด ๆ ทั้งสิ้น

๔. กรณีที่มีสินไหมเกิดขึ้นแต่ไม่มีรายชื่อแจ้งเข้าร่วมประกัน บริษัทฯ จะไม่ดำเนินการจ่ายสินไหม ให้จนกว่าผู้เข้าร่วมประกันจะแสดงหลักฐานการส่งเงินเข้ามายังบริษัทฯ และเมื่อได้มีการตรวจสอบความถูกต้องแล้ว บริษัทฯ จะดำเนินการพิจารณาเรื่องการจ่ายเงินสินไหมต่อไป

ผู้เข้าร่วมประกันรายใหม่

๑. กรุณากรอกใบสมัครตามความเป็นจริงตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

๒. กรุณาตรวจความเรียบร้อยพร้อมทั้งเซ็นชื่อในใบสมัคร พร้อมสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนา บัตรข้าราชการ และเซ็นชื่อกำกับทุกใบด้วย

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

หมายเหตุ

มีปัญหาสอบถามรายละเอียดได้ที่กลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กองการเจ้าหน้าที่

นางลัดดา บุญอำรุง

โทร. ๐ ๒๙๔๐ ๖๐๓๙

โทรสาร ๐ ๒๙๔๐ ๖๐๓๙

มือถือ ๐๙ ๘๙๕๖ ๖๓๘๙

.....

แบบตอบรับ

สำหรับสมาชิกรายเดิม (ไม่ต้องกรอกใบสมัคร) และสมัครใหม่ (กรณากรอกใบสมัคร) ผู้ที่จะเข้าร่วม
โครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๖๒
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) สำนักส่งเสริมงานและพัฒนากาเกษตรทุกสำนักงาน

สำนักงานเกษตรจังหวัดทุกจังหวัด สำนักงานเกษตรอำเภอทุกอำเภอ และศูนย์ทุกศูนย์

รวบรวมรายชื่อพร้อมส่งจ่ายธนาคัดในนามผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่ ปณจ.จัดจักร

เป็นเงินจำนวน ๖๕๐ บาทต่อคน (หกร้อยห้าสิบบาทถ้วน) และส่งให้กลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์

ภายในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ เพื่อให้ความคุ้มครองในวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๒ ต่อไป

- รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร สามารถตรวจสอบ

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

หัวข้อสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์

ชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ ขอให้แจ้งรายชื่อผู้ประสานงานพร้อมเบอร์โทรศัพท์ (มือถือ) เพื่อสะดวกในการประสานงาน



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

คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
 ประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามความเป็นจริง
 ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
 ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวล
 กฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)
กรมธรรม์เลขที่
หนังสือรับรองเลขที่
จำนวนเงินเอาประกันภัย.....
จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....
จำนวนเงินเอาประกันทุพพลภาพ.....
ประกันสุขภาพแผน.....

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับพนักงาน / ลูกจ้าง / สมาชิก

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร / บริษัท).....
- ชื่อ-สกุล สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย นาย นาง นางสาว.....
 - กรณีผู้สมัครขอเอาประกันภัยไม่ใช่พนักงาน มีความสัมพันธ์เป็น คู่สมรส บุตร ของพนักงานชื่อ-สกุล.....
- อายุ.....ปี เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก.....กก.
 เพศ ชาย หญิง สถานภาพ: โสด สมรส หย่า หม้าย
- เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน ใบสำคัญต่างดาว เลขที่.....
 วันที่ออกบัตร.....วันที่บัตรหมดอายุ.....สถานที่ออกบัตร.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....
- วันที่เข้าทำงาน.....ตำแหน่ง/ลักษณะงานที่ทำ.....
- ผู้รับประโยชน์: ได้แก่
 ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์.....
 ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์.....
 ชื่อ - สกุล.....ความสัมพันธ์.....
- (ก) ท่านเคยได้รับการรักษาหรือเคยได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน ไม่เคย เคย
 โรคตับ โรคความดันโลหิต โรคปอด โรคไต โรคมะเร็ง โรคเกี่ยวกับสมอง/ระบบประสาท
 โรคถุงส่วัด หรือความผิดปกติอย่างร้ายแรงหรือไม่
 (ข) ในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวใน ไม่เคย เคย
 โรงพยาบาล / สถานพยาบาล หรือไม่
 (ค) ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่ ไม่เคย เคย
 (ง) ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บใช่หรือไม่ 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 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

(ก) ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ให้ไว้ในคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดำเนินการตรวจสอบ หรือปัสสาวะ ตลอดจนนำข้อเท็จจริงที่แถลงไว้ มาใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัยได้

(ข) ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า หรือที่จะทำการรักษาหรือทำการตรวจข้าพเจ้าต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง หรือเรื่องที่ได้รับทราบจากการรักษาหรือตรวจข้าพเจ้าให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบหรือให้บริษัทประกันภัยอื่นทราบเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

(ค) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

()

ผู้แถลงและให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม
ของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

สำหรับบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

การตรวจสอบและพิจารณา	การอนุมัติรับประกัน

วันเริ่มประกันภัยวันครบรอบปี

บันทึกการแก้ไข / การเปลี่ยนแปลง