



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมส่งเสริมการเกษตร กองการเจ้าหน้าที่ โทร. ๐ ๒๙๔๐ ๖๐๓๙

ที่ กษ ๑๐๐๒/ว ๗๕๕

วันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง โครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๖๕

เรียน ผู้อำนวยการกองทุกกอง ผู้อำนวยการสำนักทุกสำนัก ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมและพัฒนาการเกษตร
ที่ ๑ - ๖ เขตจังหวัดทุกจังหวัด เขตกรุงเทพมหานคร และผู้อำนวยการศูนย์ทุกศูนย์

ด้วยกรมส่งเสริมการเกษตร ได้รับแจ้งจากบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ว่า โครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตรประจำปี ๒๕๖๕ กรมธรรม์จะครบกำหนดต่ออายุสัญญา ในวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ และบริษัทฯ ได้แจ้งอัตราเบี้ยประกันภัยที่จะต่ออายุสัญญา ตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ คงเป็นตามเดิม คือ อัตราเบี้ยประกัน ๖๕๐ บาท/ปี โดยสมาชิกใหม่ ต้องมีอายุ ณ วันเริ่มเอาประกันภัยไม่เกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์ สำหรับสมาชิกเดิมให้ความคุ้มครองต่อเนื่อง ถึงอายุ ๖๕ ปีบริบูรณ์ รายละเอียดความคุ้มครองตามเอกสารแนบ

กรมส่งเสริมการเกษตร จึงขอให้หน่วยงานประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และลูกจ้างชั่วคราวในสังกัดทราบ เพื่อเข้าร่วมโครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๖๕ โดยได้รับผลประโยชน์และความคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ ทั้งนี้ ขอให้หน่วยงานแจ้งรายชื่อผู้ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการฯ ให้กลุ่มสวัสดิการ และเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กองการเจ้าหน้าที่ ภายในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมา
พร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายคณัย ชินอารมย์)
ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมส่งเสริมการเกษตร



ไทยประกันชีวิต

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

ที่ U40521-01/65

การประกันชีวิต และ อุบัติเหตุกลุ่ม

กรมส่งเสริมการเกษตร

จำนวนสมาชิกกรม 828 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 ทูพลภาพถาวร (อบ.4 ผลข้อ 3)		
2.7.1 ทูพลภาพถาวรสิ้นเชิง		100,000
2.7.2 ทูพลภาพถาวรบางส่วน จ่ายไม่เกิน		50,000
2.8 สูญเสียอวัยวะ สัตว์ตาย การรับฟังเสียงและการพูดออกเสียง		(อัตราตั้งแต่ 1%-75%)
2.9 ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (อบ.5)		10,000
3. ทูพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ		100,000
อัตราเบี้ยประกันรายปี/คน		650.00

หมายเหตุ 1. ผู้มีสิทธิเอาประกันภัย ได้แก่

1.1 คู่ครองสมาชิกของกรมส่งเสริมการเกษตร โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

- สำหรับสมาชิกเข้าใหม่ต้องมีอายุ ณ วันเริ่มเอาประกันภัยไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์
- สำหรับสมาชิกเดิมให้ความคุ้มครองต่อเนื่องถึงอายุ 65 ปีบริบูรณ์

1.2 สมาชิกที่เข้าใหม่จะต้องแถลงสุขภาพตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ เพื่อประกอบการพิจารณารับประกัน

1.3 ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยแถลงข้อความอันเป็นความจริงในคำขอเอาประกันภัยหรือรู้อยู่แล้วในข้อความจริง แต่ไม่เปิดเผยข้อความจริงนั้นให้บริษัทฯ ทราบ ซึ่งหากบริษัทฯ ทราบข้อความจริงนั้น ๆ อาจจะงุนงงใจบริษัทฯ ให้เรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสูงขึ้นอีกหรือบอกปิดไม่ยอมทำสัญญาสัญญาประกันภัยจะตกเป็นโมฆะตามมาตรา 865 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บริษัทฯ มีสิทธิออกคำสั่งสัญญาเฉพาะราย และคืนเบี้ยประกันภัยเท่าที่ได้ชำระไว้แล้วได้ หากมีการขอเอาประกันภัยต่อเนื่องกันเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี บริษัทฯ จะไม่โต้แย้งหรือคัดค้านความสมบูรณ์แห่งสัญญา

2. บริษัทฯ ขอปฏิเสธการต่ออายุสัญญาเนื่องจากอายุเกินเกณฑ์ สำหรับผู้เอาประกันรายดังต่อไปนี้

- นายเลื่อนศักดิ์ สุทะเล
- นายศตวรรษ สมบูรณ์ศิริ
- นางกัญจนารณ์ พงศ์ศรี
- นายถวัลย์ ธนะคำดี
- นายชานานู บัวเฟื่อง

3. อัตราเบี้ยประกันภัยไม่ต้องเสียภาษีและอากร



ขั้นตอนการรับประกันและวิธีการชำระเบี้ยประกัน

ผู้เข้าร่วมประกันรายเดิม

คุ้มครอง ณ วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ (โดยผู้เข้าร่วมประกันจะต้องดำเนินการชำระเงินภายใน ๓๐ วัน นับจากวันครบกำหนดต่ออายุสัญญา)

๑. ผู้เข้าร่วมประกันทุกรายจะต้องโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารออมสิน

ชื่อบัญชี ร้านค้าสวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร

บัญชีเงินฝากเผื่อเรียก

บัญชีเลขที่ ๐๒๐๓๕๑๙๓๕๕๔๗

(เมื่อดำเนินการโอนเงินเรียบร้อยแล้ว ส่งหลักฐานการโอนเงินพร้อมแนบรายชื่อส่งกลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กองการเจ้าหน้าที่)

๒. ผู้เข้าร่วมประกันต้องส่งหลักฐานการส่งเงินไปให้กรมส่งเสริมการเกษตร เพื่อตรวจสอบและรวบรวมรายชื่อส่งให้บริษัทฯ เพื่อให้คุ้มครองต่อไป

๓. ถ้าหากไม่มีหลักฐานการส่งเงิน บริษัทฯ จะยังไม่ให้ความคุ้มครองใด ๆ ทั้งสิ้น

๔. กรณีที่มีสินไหมเกิดขึ้นแต่ไม่มีรายชื่อแจ้งเข้าร่วมประกัน บริษัทฯ จะไม่ดำเนินการจ่ายสินไหมให้ จนกว่าผู้เข้าร่วมประกันจะแสดงหลักฐานการส่งเงินเข้ามายังบริษัทฯ และเมื่อได้มีการตรวจสอบความถูกต้องแล้วบริษัทฯ จะดำเนินการพิจารณาเรื่องการจ่ายเงินสินไหมต่อไป

ผู้เข้าร่วมประกันรายใหม่

๑. กรุณากรอกใบสมัครตามความเป็นจริงตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

๒. กรุณาตรวจความเรียบร้อยพร้อมทั้งเซ็นชื่อในใบสมัคร พร้อมสำเนาบัตรประชาชนและเซ็นชื่อกำกับ

๓. ผู้มีความประสงค์จะเข้าร่วมประกันรายใหม่ ความคุ้มครองจะมีผล ณ วันที่บริษัทฯ ได้รับใบคำขอเอาประกันที่สมบูรณ์ พร้อมทั้งหลักฐานการส่งเงินแล้วเท่านั้น (สำหรับผู้เข้าร่วมประกันที่สุขภาพร่างกายสมบูรณ์) กรณี ผู้เข้าร่วมประกันที่มีปัญหาด้านสุขภาพนั้น วันที่มีผลคุ้มครองจะเป็นไปตามที่บริษัทฯ พิจารณารับประกันเรียบร้อยแล้ว

หมายเหตุ

มีปัญหาสอบถามรายละเอียดได้ที่กลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กองการเจ้าหน้าที่

นางลัดดา บุญอรุ่ง

โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๙ ๘๙๕๖ ๖๓๘๙

นางสาวมนัสนันท์ แสงทิ้งห้อย

โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘ ๐๐๐๕ ๙๙๓๒

โทร ๐ ๒๙๔๐ ๖๐๓๙

โทรสาร ๐ ๒๙๔๐ ๖๐๓๙

.....

แบบตอบรับ

สำหรับสมาชิกรายเดิม (ไม่ต้องกรอกใบสมัคร) และ (สมัครใหม่กรุณากรอกใบสมัคร) ผู้ที่จะเข้าร่วม
โครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๖๕
สมาชิกรายเดิมสามารถสมัครต่อให้ความคุ้มครองได้ถึงอายุ ๖๕ ปีบริบูรณ์

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

หมายเหตุ - อัตราค่าเบี้ยประกันคนละ ๖๕๐ บาท/คน/ปี (ช่องหมายเหตุ ให้กรอกว่าสมาชิกเก่า, สมาชิกใหม่)
- ขอให้สำนัก/กอง (ส่วนกลาง) สำนักส่งเสริมงานและพัฒนากิจการเกษตรที่ ๑- ๖
สำนักงานเกษตรจังหวัดทุกจังหวัด สำนักงานเกษตรอำเภอทุกอำเภอ และศูนย์ทุกศูนย์
รวบรวมรายชื่อพร้อมโอนเงินชื่อบัญชี ร้านค้าสวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร
บัญชีเงินฝากเพื่อเรียก
บัญชีเลขที่ ๐๒๐๓๕๑๙๓๕๕๔๗
และส่งรายชื่อพร้อมหลักฐานการโอนเงินให้กลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ ภายในวันที่ ๓๑
กรกฎาคม ๒๕๖๕ เพื่อให้ความคุ้มครองในวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ ต่อไป
- รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร สามารถตรวจสอบ
รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการประกันหมู่ฯ (สำหรับสมาชิกเดิม) ได้ที่ <http://www.person.doae.go.th> หัวข้อสวัสดิการ
และเจ้าหน้าที่สัมพันธ์

ชื่อ.....ผู้ประสาน
(.....)

โทรศัพท์(มือถือ).....

หมายเหตุ ขอให้แจ้งรายชื่อผู้ประสานงานพร้อมเบอร์โทรศัพท์ (มือถือ) เพื่อสะดวกในการประสานงาน



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนสีลม แขวง สีลม เขต ดุสิต กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thailife.com no:0107555000104

คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ
ประกันภัย (สปภ.) ผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง
ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวล
กฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)
กรมธรรม์เลขที่.....
หนังสือรับรองเลขที่.....
จำนวนเงินเอาประกันภัย.....
จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....
จำนวนเงินเอาประกันสุขภาพ.....
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 โรคกระเพาะ โรคเกี่ยวกับสมอง/ระบบประสาท
โรคถุงส่วด หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่
(ข) ในระยะ 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ หรือเคยเข้าพักรักษาตัวใน ไม่เคย เคย
โรงพยาบาล / สถานพยาบาล หรือไม่
(ค) ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดหรือไม่ ไม่เคย เคย
(ง) ขณะนี้ท่านกำลังเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บไขหรือไม่ 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 ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดำเนินการตรวจเลือด 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