



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานเกษตรจังหวัดลำปาง โทร. ๐ ๕๔๓๕ ๖๖๗๗ โทรสาร ๐ ๕๔๘๒ ๙๗๙๕

ที่ ลป ๐๐๐๙.๑/ว ๕๖๓

วันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง โครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๖๔

เรียน หัวหน้ากลุ่ม / หัวหน้าฝ่าย / เกษตรอำเภอทุกอำเภอ


ตามที่กรมส่งเสริมการเกษตรได้จัดโครงการประกันหมู่สวัสดิการสำหรับข้าราชการและเจ้าหน้าที่ กรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๖๔ โดยร่วมกับ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด อัตราค่าเบี้ยประกันคนละ ๖๕๐ บาท และมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๔ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ นั้น

บัดนี้ ได้กำหนดจัดโครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตรประจำปี ๒๕๖๔ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด ซึ่งเสนอผลประโยชน์ที่จะได้รับและจะมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๔ และสิ้นสุดวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ สำหรับในปี นี้ สมาชิกชายเดิมที่มีอายุครบ ๖๐ ปีบริบูรณ์สามารถให้ความคุ้มครองได้จนถึงอายุ 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. เงื่อนไขความคุ้มครองอื่นๆ ตามเอกสารที่แนบท้ายนี้

ดังนั้น ให้สำนักงานเกษตรอำเภอประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานราชการในสังกัดที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการฯ ให้ส่งรายชื่อให้สำนักงานเกษตรจังหวัดลำปาง ภายในวันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เพื่อจะได้รวบรวมส่งกองการเจ้าหน้าที่ กรมส่งเสริมการเกษตร ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

  
(นายสมมาตร สยมภาค)  
เกษตรจังหวัดลำปาง

# ขั้นตอนการรับประกันและวิธีการชำระเบี้ยประกัน โครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร

## ๑. ขั้นตอนการรับประกัน

### ๑.๑ ผู้เข้าร่วมประกันรายเดิม

คุ้มครอง ณ วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๔ (โดยผู้เข้าร่วมประกันจะต้องดำเนินการชำระเงินภายใน ๓๐ วัน นับจากวันครบกำหนดต่ออายุสัญญา)

๑. ผู้เข้าร่วมประกันที่เป็นสมาชิกรายเดิม (ไม่ต้องกรอกใบสมัคร)

๒. ผู้เข้าร่วมประกันที่เป็นสมาชิกรายเดิมสามารถสมัครต่อให้ความคุ้มครองได้ถึงอายุ ๖๕ ปีบริบูรณ์

๓. ผู้เข้าร่วมประกันทุกรายจะต้องโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารออมสิน ชื่อบัญชี ร้านค้าสวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร บัญชีเงินฝากเพื่อเรียก บัญชีเลขที่ ๐๒๐๓๕๑๙๓๕๕๔๗

๔. ผู้เข้าร่วมประกันต้องส่งหลักฐานการส่งเงินไปให้กรมส่งเสริมการเกษตร เพื่อตรวจสอบและรวบรวมรายชื่อส่งให้บริษัทฯ เพื่อให้คุ้มครองต่อไป

๕. ถ้าหากไม่มีหลักฐานการส่งเงิน บริษัทฯ จะยังไม่ให้ความคุ้มครองใด ๆ ทั้งสิ้น

๖. กรณีที่มีสินไหมเกิดขึ้นแต่ไม่มีรายชื่อแจ้งเข้าร่วมประกัน บริษัทฯ จะไม่ดำเนินการจ่ายสินไหมให้จนกว่าผู้เข้าร่วมประกันจะแสดงหลักฐานการส่งเงินเข้ามายังบริษัทฯ และเมื่อได้มีการตรวจสอบความถูกต้องแล้วบริษัทฯ จะดำเนินการพิจารณาเรื่องการจ่ายเงินสินไหมต่อไป

### ๑.๒ ผู้เข้าร่วมประกันรายใหม่

๑. กรุณากรอกใบสมัครตามความเป็นจริงตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

๒. กรุณาตรวจความเรียบร้อยพร้อมทั้งเซ็นชื่อในใบสมัคร พร้อมสำเนาบัตรประชาชนและเซ็นชื่อกำกับ

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

## ๒. วิธีการชำระเบี้ยประกัน

๑. โอนเงินค่าเบี้ยประกันคนละ ๖๕๐ บาท/คน/ปี เข้าบัญชีธนาคารออมสิน

ชื่อบัญชี ร้านค้าสวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร

บัญชีเงินฝากเพื่อเรียก

บัญชีเลขที่ ๐๒๐๓๕๑๙๓๕๕๔๗

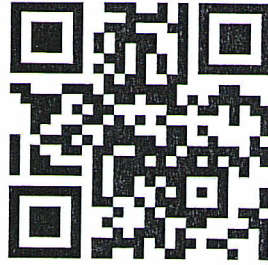
เมื่อดำเนินการโอนเงินเรียบร้อยแล้ว ส่งหลักฐานการโอนเงินตาม QR Code ด้านล่าง

๒. ขอให้สำนัก/กอง (ส่วนกลาง) สำนักส่งเสริมงานและพัฒนากาารเกษตรที่ ๑- ๖ สำนักงานเกษตร  
จังหวัดทุกจังหวัด สำนักงานเกษตรอำเภอทุกอำเภอ และศูนย์ทุกศูนย์

- รวบรวมรายชื่อ กรอกข้อมูลผู้สมัครทุกราย รายชื่อผู้ประสานงาน พร้อมแนบหลักฐานการโอนเงิน  
ตาม QR Code ส่งให้กลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ ภายในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เพื่อให้ความ  
คุ้มครอง ในวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๔ ต่อไป

- ขอให้แจ้งรายชื่อผู้ประสานงานพร้อมเบอร์โทรศัพท์ (มือถือ) เพื่อสะดวกในการประสานงาน และ  
หากบริษัทฯ ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการฯ จะได้ติดต่อได้อย่างรวดเร็ว

- รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร สามารถตรวจสอบรายชื่อ  
ผู้เข้าร่วมโครงการประกันหมู่ฯ (สำหรับสมาชิกเดิม) ได้ที่ <http://www.person.doae.go.th> หัวข้อสวัสดิการและ  
เจ้าหน้าที่สัมพันธ์



แบบฟอร์มรายชื่อผู้สมัครเข้าร่วมโครงการฯ

หมายเหตุ

มีปัญหาสอบถามรายละเอียดได้ที่กลุ่มสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กองการเจ้าหน้าที่

นางลัดดา บุญอรุ่ง

โทร. ๐ ๒๙๔๐ ๖๐๓๙

โทรสาร ๐ ๒๙๔๐ ๖๐๓๙

โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๙ ๘๙๕๖ ๖๓๘๙

.....



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

คำเตือน สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจ  
ประกันภัย (คปภ.) ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริง  
ทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต  
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวล  
กฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)
กรมธรรม์เลขที่
หนังสือรับรองเลขที่
จำนวนเงินเอาประกันชีวิต.....
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.....ต.รอก/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  
โรคถุงลม หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่  
(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 ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดำเนินการตรวจสอบ หรือปัสสาวะ ตลอดจนนำข้อเท็จจริงที่แถลงไว้ มาใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัยได้
- (ข) ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า หรือที่จะทำการรักษาหรือทำการตรวจข้าพเจ้าต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง หรือเรื่องที่ได้รับทราบจากการรักษาหรือตรวจข้าพเจ้าให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบหรือให้บริษัทประกันภัยอื่นทราบเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- (ค) ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ลงชื่อ.....

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

( )

ผู้แถลงและให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม

ของผู้เอาประกันภัย

( กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ )

สำหรับบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

การตรวจสอบและพิจารณา

การอนุมัติรับประกัน

วันเริ่มประกันภัย .....วันครบรอบปี .....

บันทึกการแก้ไข / การเปลี่ยนแปลง