



ที่ นว ๐๐๑๙/ว ๑๑๙

สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดนครสวรรค์
ถนนสวรรคร์วิถี นว ๖๐๐๐๐

๓๑ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง โครงการประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่มสมาชิก ปี ๒๕๖๑

เรียน พัฒนาการอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือสอ.พช. ที่ว ๓๒๒/๒๕๖๑ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบฟอร์มสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ปี๒๕๖๑ จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แบบฟอร์มสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม
(สำหรับสมาชิกสมทบ) จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สหกรณ์ฯ ได้มีหนังสือแจ้งประชาสัมพันธ์ โครงการประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่มสมาชิก ปี ๒๕๖๑ กับ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สัญญามีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๑ และสิ้นสุดวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒ โดยในปีนี้อัตราค่าเบี้ยประกันประเภทสวัสดิการ เป็นเงิน ๕๐๐ บาท ต่อคนต่อทุนประกัน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ซึ่ง สอ.พช. เป็นผู้จ่ายค่าเบี้ยประกันจำนวนดังกล่าวให้แก่สมาชิกและสมาชิกสมทบที่มีอายุการเป็นสมาชิกตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป สำหรับเงื่อนไขความคุ้มครองประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ประจำปี ๒๕๖๑ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

ในการนี้ สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด ขอให้ท่านได้แจ้งสมาชิก สอ.พช. ที่ประสงค์ทำประกันกับสหกรณ์ แจ้งสมัครทำประกันแผน ๑ หรือ แผน ๒ ได้เพียงแผนเดียว สำหรับสมาชิกที่ประสงค์ทำประกัน แผน ๒ ให้จ่ายเพิ่มอีก ๕๐๐ บาท หรือสมัครทำประกันจ่ายเพิ่มอีก ๔๘๐ บาทหรือสมัครทำประกันสมทบให้คู่สมรสหรือบุตรในแผนเดียวกับสมาชิกหรือแผนที่ต่ำกว่าสมาชิกได้โดยจ่ายค่าเบี้ยประกันเองทั้งหมดและขอให้แจ้งรายชื่อผู้ทำประกัน ส่งให้จังหวัด ภายในวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๑ หากส่งรายชื่อหลักจากรยะเวลาที่กำหนดสหกรณ์จะทำประกันให้สมาชิกเป็นแผน ๑ ทุกราย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางชอุภา ศรีแก้วหล่อ)
พัฒนาการจังหวัดนครสวรรค์

ฝ่ายอำนวยการ

โทร.๐๕๖-๘๐๓๕๔๕-๖ ต่อ ๑๑

โทรสาร ๐๕๖-๘๐๓๕๔๕-๖

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 ทั้งในเวลางานและนอกเวลาทำงาน 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.....