



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมส่งเสริมการเกษตร กองการเจ้าหน้าที่ โทร ๐๒ ๕๔๐-๖๐๓๖๕

ที่ กษ ๑๐๐๒/ ก.พ.ร. วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๕

เรื่อง โครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๕๕

เรียน ผู้อำนวยการสำนักทุกสำนัก ผู้อำนวยการกองทุกกอง ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและพัฒนาการเกษตร
เขตทุกเขต เกษตรจังหวัดทุกจังหวัด เกษตรกรุงเทพมหานคร และผู้อำนวยการศูนย์ทุกศูนย์

ตามที่กรมส่งเสริมการเกษตร ได้จัดโครงการประกันหมู่สวัสดิการสำหรับข้าราชการและเจ้าหน้าที่
กรมส่งเสริมการเกษตร ประจำปี ๒๕๕๕ โดยร่วมกับ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด อัตราค่าเบี้ยประกัน
คนละ ๗๑๐ บาท และมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๔ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๕ นั้น

บัดนี้ กรมส่งเสริมการเกษตร ได้จัดโครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร
ประจำปี ๒๕๕๕ และได้พิจารณาบริษัทเพื่อนำเข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งเสนอผลประโยชน์ที่จะได้รับและจะมีผล
คุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๕ และสิ้นสุดวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๖ อัตราค่าเบี้ยประกันคนละ ๗๑๐ บาท
โดยมีผลประโยชน์คุ้มครอง 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 และพนักงาน
ราชการในสังกัดทราบเพื่อเข้าร่วมโครงการประกันหมู่ฯ ทั้งนี้ ขอให้หน่วยงานแจ้งรายชื่อผู้ประสงค์จะเข้าร่วม
โครงการฯ ทั้งสมาชิกรายเดิมและผู้สมัครรายใหม่ โดยให้ส่งรายชื่อให้ฝ่ายสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์
กองการเจ้าหน้าที่ ภายในวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๕๕ ตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้ (สามารถตรวจสอบ
รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ รายเดิม ประจำปี ๒๕๕๔ ได้ที่ <http://www.person.doae.go.th> หัวข้อสวัสดิการ
และเจ้าหน้าที่สัมพันธ์)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ให้เจ้าหน้าที่ในสังกัดทราบต่อไป

นายประจักษ์ วัฒนศิริ
ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่
กรมส่งเสริมการเกษตร

แบบตอบรับ
สำหรับสมาชิกรายเดิมและสมัครใหม่ที่จะเข้าร่วมโครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร
ประจำปี ๒๕๕๕

ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/สังกัด	หมายเหตุ
๑			
๒			
๓			
๔			
๕			
๖			
๗			
๘			
๙			
๑๐			

หมายเหตุ - อัตราค่าเบี้ยประกันคนละ ๗๑๐ บาท

- ขอให้สำนัก/กอง (ส่วนกลาง) สำนักส่งเสริมและพัฒนาการเกษตรเขตทุกเขต สำนักงาน
เกษตรจังหวัดทุกจังหวัด และสำนักงานเกษตรอำเภอทุกอำเภอ ศูนย์ทุกศูนย์

**รวบรวมรายชื่อพร้อมส่งจ่ายธนาคารในนามผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่ ปณจ.จตุจักร
เป็นเงินจำนวน ๗๑๐ บาทต่อคน (เจ็ดร้อยสิบบาทถ้วน) โดยที่ผู้เข้าร่วมประกันเป็นผู้ชำระค่าธรรมเนียมเอง
และเจ้าหน้าที่ของถึง หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กองการเจ้าหน้าที่ กรมส่งเสริมการเกษตร
ถนนพหลโยธิน เขตจตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๙๐๐ และส่งให้ฝ่ายสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ ภายในวันที่ ๒๗
สิงหาคม ๒๕๕๕ เพื่อให้ความคุ้มครองในวันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๕ ต่อไป**

- รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการประกันหมู่สวัสดิการกรมส่งเสริมการเกษตร สามารถตรวจสอบ
รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการประกันหมู่ฯ ประจำปี ๒๕๕๔ (สำหรับสมาชิกเดิม) ได้ที่ <http://www.person.doe.go.th>
หัวข้อสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์

ชื่อ.....
(.....)

ขั้นตอนการรับประกันและวิธีการชำระเบี้ยประกัน

ผู้เข้าร่วมประกันรายเดิม

คุ้มครอง ณ วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๕ (โดยผู้เข้าร่วมประกันจะต้องดำเนินการโอนเงินภายใน ๓๐ วัน นับจากวันครบกำหนดต่ออายุสัญญา)

๑. ผู้เข้าร่วมประกันทุกรายจะต้องส่งจ่ายธนาณัติในนามผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่ ปณจ. จตุจักร เป็นเงินจำนวน ๗๑๐ บาทต่อคน (เจ็ดร้อยสิบบาทถ้วน) โดยที่ผู้เข้าร่วมประกันเป็นผู้ชำระค่าธรรมเนียมเอง และเจ้าหน้าที่ของส่งในนาม

หัวหน้าฝ่ายสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กองการเจ้าหน้าที่ กรมส่งเสริมการเกษตร

ถนนพหลโยธิน เขตจตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๙๐๐

๒. ผู้เข้าร่วมประกันต้องส่งหลักฐานการโอนเงินไปให้กรมส่งเสริมการเกษตร เพื่อตรวจสอบและรวบรวม รายชื่อส่งให้บริษัทฯ เพื่อให้คุ้มครองต่อไป

๓. ถ้าหากไม่มีหลักฐานการโอนเงิน บริษัทฯ จะยังไม่ให้ความคุ้มครองใด ๆ ทั้งสิ้น

๔. กรณีที่มีสินไหมเกิดขึ้นแต่ไม่มีรายชื่อแจ้งเข้าร่วมประกัน บริษัทฯ จะไม่ดำเนินการจ่ายสินไหมให้ จนกว่าผู้เข้าร่วมประกันจะแสดงหลักฐานการโอนเงินเข้ามายังบริษัทฯ และเมื่อได้มีการตรวจสอบความถูกต้องแล้ว บริษัทฯ จะดำเนินการพิจารณาเรื่องการจ่ายเงินสินไหมต่อไป

ผู้เข้าร่วมประกันรายใหม่ (โปรดกรอกใบสมัครตามเอกสารแนบ)

ผู้มีความประสงค์จะเข้าร่วมประกันรายใหม่ ความคุ้มครองจะมีผล ณ วันที่บริษัทฯ ได้รับใบคำขอเอาประกันที่สมบูรณ์ พร้อมทั้งหลักฐานการโอนเงินแล้วเท่านั้น (สำหรับผู้เข้าร่วมประกันที่สุขภาพร่างกายสมบูรณ์) กรณี ผู้เข้าร่วมประกันที่มีปัญหาด้านสุขภาพนั้น วันที่มีผลคุ้มครองจะเป็นไปตามที่บริษัทฯ พิจารณารับประกัน เรียบร้อยแล้ว

หมายเหตุ มีปัญหาสอบถามรายละเอียดได้ที่ฝ่ายสวัสดิการและเจ้าหน้าที่สัมพันธ์ กองการเจ้าหน้าที่
นางลัดดา บุญอรุณ โทร. ๐๒-๙๔๐๖๐๓๙
มือถือ ๐๘๕-๒๓๒๕๐๓๕



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

**ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับ
 พนักงาน/ลูกจ้าง/สมาชิก**

(เฉพาะเจ้าหน้าที่)	
จำนวนเงินเอาประกันชีวิต.....	กรมธรรม์
จำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ.....	เลขที่.....
จำนวนเงินเอาประกันทุพพลภาพ.....	หนังสือรับรอง
ประกันสุขภาพแผน.....	เลขที่.....

1 ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร/บริษัท).....

2 ชื่อ-สกุลผู้ขอเอาประกันภัย นาย นาง นางสาว.....

- กรณีผู้สมัครขอเอาประกันภัยไม่ใช่พนักงาน มีความสัมพันธ์เป็น คู่สมรส บุตร ของพนักงานชื่อ-สกุล

3 อายุ.....ปี เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ส่วนสูง.....ซม. น้ำหนัก..... ก.ก.
 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

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
 โรคอ้วน 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..... ระยะเวลารักษาวัน ผลการรักษาปัจจุบันเป็นอย่างไร

ชื่อแพทย์ สถานพยาบาล

อื่นๆ

(โปรดพลิก)

- 9 (ก) ข้าพเจ้าในฐานะผู้ขอเอาประกันภัยขอรับรองว่า ถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ในคำขอนี้เป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ดำเนินการตรวจเลือด หรือปัสสาวะ ตลอดจนนำข้อเท็จจริงที่แถลงไว้ มาใช้ประกอบการพิจารณารับประกันภัยได้
- (ข) ในกรณีเกี่ยวกับสุขภาพ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือบุคคลใดๆ ซึ่งได้เคยรักษาหรือตรวจข้าพเจ้า หรือที่จะทำการรักษาหรือทำการตรวจข้าพเจ้าต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริง 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

วันเริ่มประกันภัย วันครบรอบปี

บันทึกการแก้ไข / การเปลี่ยนแปลง