



ที่ ชย ๐๐๑๙/๒๓๑๗

ถึง อำเภอทุกอำเภอ

พร้อมนี้ จังหวัดชัยภูมิ ได้ส่งหนังสือสหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนาชุมชน จำกัด เรื่อง เชิญเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ประจำปี ๒๕๖๑ มาเพื่อทราบและแจ้งให้สมาชิกในสังกัดทราบโดยให้แจ้งชื่อสมาชิก คู่สมรส บุตร พร้อมระบุแผน ๑ แผน ๒ ส่งจังหวัดภายใน วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑



สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด

ฝ่ายอำนวยการ

โทร.๐-๔๔๘๑-๑๒๓๒



สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนาชุมชน จำกัด

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 อาคารรัฐประศาสนภักดี (อาคารบี)
เลขที่ 120 หมู่ที่ 3 ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร 10210
โซนทิศใต้ ชั้น 1 โทร. 02-143-8144 - 51 โทรสาร 02-143-8970

สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดชัยภูมิ

รับที่... ๙๒๗... อำนวยการ

รับวันที่ ๑.1 มีนาคม 2561 สารสนเทศ

เวลา... ส่งเสริม

อุตสาหกรรม

ที่ว. 322 / 2561

๒๔ มกราคม 2561

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ปี 2561

เรียน หัวหน้าหน่วยงานในสังกัด พช. และพัฒนาการจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. เงื่อนไขความคุ้มครอง ประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ประจำปี 2561 จำนวน 1 ฉบับ
 2. แบบฟอร์มสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ประจำปี 2561 จำนวน 1 ชุด
 3. แบบฟอร์มสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม (สำหรับสมาชิกสมทบ) จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย ในปี 2561 สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนาชุมชน จำกัด ได้ทำสัญญาการประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม กับ บริษัทไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สัญญาหมายเลขบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562 โดยในปีนี้อัตราค่าเบี้ยประกันประเภทสวัสดิการ เป็นเงิน 500 บาท ต่อคนต่อปี ต่อทุนประกัน 100,000 บาท ซึ่ง สอ.พช. เป็นผู้จ่ายค่าเบี้ยประกันจำนวนดังกล่าวให้แก่สมาชิกและสมาชิกสมทบที่มีอายุการเป็นสมาชิกตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป สำหรับเงื่อนไขความคุ้มครอง ประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ประจำปี 2561 ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1.

ในการนี้ สหกรณ์ใคร่ขอความร่วมมือจากท่านกรุณาแจ้งสมาชิกที่ประสงค์ทำประกันกับสหกรณ์แจ้งสมัครทำประกันแผน 1 หรือแผน 2 ได้เพียงแผนเดียว สำหรับสมาชิกที่ประสงค์ทำประกัน แผน 2 ให้จ่ายเพิ่มอีก 500 บาท หรือสมัครทำประกันสมทบให้คู่สมรสหรือบุตรในแผนเดียวกับสมาชิกหรือแผนที่ต่ำกว่าสมาชิกได้โดยจ่ายค่าเบี้ยประกันเองทั้งหมด และขอให้แจ้งรายชื่อผู้ทำประกัน ส่งให้สหกรณ์ ภายในวันที่ 16 มีนาคม 2561 หากส่งรายชื่อหลังจากระยะเวลาที่กำหนดสหกรณ์จะทำประกันให้สมาชิกเป็นแผน 1 ทุกราย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และกรุณาแจ้งประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกหรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทราบ และดำเนินการด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ในนาม สอ.พช.ชัยภูมิ
สอ.พช. ขอเชิญเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตกลุ่ม

ขอแสดงความนับถือ

และขอเชิญแจ้งกลุ่มปี ๒๕๖๑ และแจ้งกรมพัฒนาชุมชน
พช.จังหวัดชัยภูมิ แผน 1 แผน ๒ และ ๓

และแจ้ง สอ.พช.จังหวัดชัยภูมิ โทร. ๐๒-๑๔๓-๘๑๔๔-๕๑

(นางอนัญญา ตันวิสุทธิ)

๒๕ มกราคม ๒๕๖๑

ผู้จัดการ

พช.จังหวัดชัยภูมิ โทร. ๐๒-๑๔๓-๘๑๔๔-๕๑

(นางกชพร ปริบุญนง)

เจ้าหน้าที่บริการสมาชิก โทร. ๐๒-๑๔๓-๘๑๔๔-๕๑ ต่อ ๖๐๑-๖๐๒

(นางสุภาวดี บุญเกิด)
หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมการพัฒนาชุมชน รักษาการ

โทรสาร 02-1438970 (นางจิรวัฒน์ จันทพร)

หัวหน้าฝ่ายอำนวยการ

เจ้าพนักงานการเคหะและบัญชีชำนาญการ

๕ ก.พ. ๒๕๖๑

พัฒนาการจังหวัดชัยภูมิ

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 ทั้งในเวลาทำงานและนอกเวลาทำงาน 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 เว้นแต่ผู้เอาประกันภัยนั้นได้เอาประกันภัยตามสัญญาเข้ามาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 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.....