



ที่ อบ ๐๐๑๙/๑.๑๑๐

สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี
ถนนแจ้งสนิท อบ ๓๔๐๐๐

๓๐ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง การทำประกันชีวิตกลุ่มฯ ประจำปี ๒๕๖๗

เรียน พัฒนาการอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาประกาศสหกรณ์ฯ เรื่อง การทำประกันชีวิตกลุ่มฯ (ประเภทสวัสดิการ)

ประจำปี ๒๕๖๗

จำนวน ๑ ชุด

๒. แบบฟอร์มสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มฯ ประจำปี ๒๕๖๗

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยในปี ๒๕๖๗ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนาชุมชน จำกัด ได้ทำสัญญาการประกันชีวิตกลุ่ม อุบัติเหตุกลุ่ม และทุพพลภาพกลุ่ม กับบริษัทไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สัญญามีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๘ โดยในปีนี้อัตราค่าเบี้ยประกันประเภทสวัสดิการเป็นเงิน ๕๓๐ บาท ต่อคนต่อปี ต่อทุนประกัน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ซึ่งสหกรณ์เป็นผู้จ่ายค่าเบี้ยประกันจำนวนดังกล่าวให้แก่สมาชิกและสมาชิกสมทบที่มีอายุการเป็นสมาชิกตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป เงื่อนไขการรับประกันและความคุ้มครอง รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี จึงขอให้สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอแจ้งสมาชิกในสังกัดที่ประสงค์ทำประกันกับสหกรณ์แจ้งสมัครทำประกันแผน ๑ หรือแผน ๒ หรือแผน ๓ ได้เพียงแผนเดียว สำหรับสมาชิกที่ประสงค์ทำประกันแผน ๒ ให้จ่ายเพิ่มอีก ๕๓๐ บาท หรือแผน ๓ ให้จ่ายเพิ่มอีก ๑,๐๖๐ บาท หรือสมัครทำประกันสมทบให้คู่สมรสหรือบุตรในแผนเดียวกับสมาชิกหรือแผนที่ต่ำกว่าสมาชิกได้ โดยจ่ายค่าเบี้ยประกันเองทั้งหมดและขอให้แจ้งรายชื่อผู้ทำประกันส่งให้กลุ่มงานประสานและสนับสนุนการบริหารงานพัฒนาชุมชน สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี ภายในวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิสดาร ประดา)

พัฒนาการจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มงานประสานและสนับสนุนการบริหารงานพัฒนาชุมชน

โทร./โทรสาร ๐ ๔๕๓๔ ๕๖๒๘

เศรษฐกิจฐานรากมั่นคง ชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืน
ด้วยหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง



Change for Good

กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย



ประกาศ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนาชุมชน จำกัด
เรื่อง การทำประกันชีวิตกลุ่มๆ (ประเภทสวัสดิการ) ประจำปี 2567

คณะกรรมการดำเนินการ (ชุดที่ 40) ในการประชุมครั้งที่ 13/2566 เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566 ได้มีมติให้ทำประกันชีวิตกับบริษัทไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สัญญามีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2568 อัตราค่าเบี้ยประกันประเภทสวัสดิการ เป็นเงิน 530 บาท ต่อคนต่อปี ต่อทุนประกัน 100,000 บาท โดยมีรายละเอียดเงื่อนไขการรับสมัครและเงื่อนไขความคุ้มครอง ดังนี้

1. การทำประกันประเภทสวัสดิการ สำหรับสมาชิก สมาชิกสมทบที่เป็นสมาชิกครบ 1 ปี และคู่สมรสหรือบุตรของสมาชิก ดังนี้

แผน	ทุนประกัน (บาท)	การจ่ายเบี้ยประกันของสมาชิก / สมาชิกสมทบที่เป็นสมาชิก 1 ปี*		การจ่ายเบี้ยประกันของผู้เอาประกันสมทบของสมาชิก
		สอ.พช. จ่ายให้	สมาชิก/สมาชิกสมทบ จ่ายเงินเพิ่ม	คู่สมรส / บุตร จ่ายเบี้ยประกันเองเต็มจำนวน
1	100,000	530	-	530
2	200,000	530	530	1,060
3	300,000	530	1,060	1,590

หมายเหตุ : * สมาชิกสมทบที่ได้รับสวัสดิการประกันชีวิตกลุ่มๆ ต้องมีอายุการเป็นสมาชิกครบ 1 ปี ขึ้นไป

2. เงื่อนไขการทำประกันชีวิตกลุ่มๆ แบ่งตามประเภทของผู้ทำประกัน ดังนี้

ประเภทประกันสวัสดิการ	อายุ ณ วันขอเอาประกัน	อายุ ณ วันสิ้นสุดความคุ้มครอง	ปฏิเสธเงินไหมเงินไข 180 วัน
สมาชิกสหกรณ์ฯ			
1. สมาชิกที่ทำประกัน ก่อน 1 เมษายน 2562			
สวัสดิการ ทุนประกัน 100,000 บาท (สมาชิกเดิม/เข้าใหม่/ลาออกแล้วเข้าใหม่)	-	99 ปีบริบูรณ์	ไม่มี
สวัสดิการ ทุนประกัน 200,000 บาท (สมาชิกเดิม)	-	80 ปีบริบูรณ์	ไม่มี
2. สมาชิกที่ปรับทุน หลังวันที่ 1 เมษายน 2562	ไม่เกิน 70 ปี บริบูรณ์	80 ปีบริบูรณ์	มี
สมาชิกสมทบ (ที่เป็นสมาชิก 1 ปี ขึ้นไป)			
1. คู่สมรส บุตร บิดา มารดา เดิมที่ทำประกันก่อน 1 เมษายน 2562			
สวัสดิการ ทุนประกัน 100,000 บาท	-	99 ปีบริบูรณ์	ไม่มี
สวัสดิการ ทุนประกัน 200,000 บาท (สมาชิกเดิม)	-	80 ปีบริบูรณ์	ไม่มี
2. คู่สมรส บิดา มารดาที่เข้าใหม่ / ปรับทุน / ลาออกแล้วเข้าใหม่ หลัง 1 เมษายน 2562 (รับที่ทุนประกันสูงสุด 300,000 บาท)	ไม่เกิน 70 ปี บริบูรณ์	80 ปีบริบูรณ์	มี
3. บุตรที่เข้าใหม่ / ปรับทุน / ลาออกแล้วเข้าใหม่ หลัง 1 เมษายน 2562 (รับที่ทุนประกันสูงสุด 300,000 บาท)	ตั้งแต่อายุ 20 ปีบริบูรณ์	80 ปีบริบูรณ์	มี
ผู้เอาประกันสมทบ (คู่สมรส บุตร)			
1. คู่สมรส และ บุตรเดิม ที่ทำประกันก่อน 1 เมษายน 2562			
สวัสดิการ ทุนประกัน 100,000 บาท	-	80 ปีบริบูรณ์	ไม่มี
สวัสดิการ ทุนประกัน 200,000 บาท	-	80 ปีบริบูรณ์	ไม่มี
2. คู่สมรสที่เข้าใหม่ / ปรับทุน / ลาออกแล้วเข้าใหม่ หลัง 1 เมษายน 2562 (รับที่ทุนประกันสูงสุด 300,000 บาท)	ไม่เกิน 70 ปีบริบูรณ์	80 ปีบริบูรณ์	มี
3. บุตรที่เข้าใหม่ / ปรับทุน / ลาออกแล้วเข้าใหม่ หลัง 1 เมษายน 2562 (รับที่ทุนประกันสูงสุด 300,000 บาท)	อายุตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป	80 ปีบริบูรณ์	มี

/3. เงื่อนไข...

3. เงื่อนไขการรับประกันและความคุ้มครอง

3.1 คุ้มครองการเสียชีวิต กรณีเจ็บป่วย จะได้รับเงินสินไหมทดแทนตามจำนวนเงินเอาประกันภัย

3.2 คุ้มครองการเสียชีวิต กรณีประสบอุบัติเหตุ จะได้รับเงินสินไหมทดแทนตามจำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ

3.3 คุ้มครองการเสียชีวิต กรณีประสบอุบัติเหตุสาธารณภัยตามเงื่อนไขของอุบัติเหตุ สาธารณภัยจะได้รับเงินเอาประกันภัยเพิ่มอีก 2 เท่าของจำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ

3.4 คุ้มครองการสูญเสียอวัยวะจากอุบัติเหตุ ได้แก่ สูญเสีย ขา แขน สายตา นิ้วมือ จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนกรณีสูญเสียอวัยวะจากอุบัติเหตุ ดังนี้

3.4.1 สูญเสียอวัยวะ ขา แขน สายตา 2 ใน 6 ข้าง จ่าย 100 % ของจำนวนเงินเอาประกันภัยอุบัติเหตุ

3.4.2 สูญเสียอวัยวะ ขา แขน สายตา 1 ใน 6 ข้าง จ่าย 60 % ของจำนวนเงินเอาประกันภัยอุบัติเหตุ

3.5 คุ้มครองทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรทุกกรณี ทั้งจากอุบัติเหตุและเจ็บป่วย จ่าย 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย ทั้งนี้ **เมื่อบริษัทจ่ายเงินสินไหมให้แล้วในปีต่อไปบริษัทจะไม่รับประกันภัยต่อเนื่องจากสมาชิกตกเป็นบุคคลทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรแล้ว**

3.6 ข้อยกเว้น การจ่ายเงินสินไหมทดแทน มีดังนี้

3.6.1 ผู้เอาประกันฆ่าตัวตายด้วยความสมัครใจ ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่เข้าร่วมโครงการ หรือผู้เอาประกันภัยถูกผู้รับผลประโยชน์ฆ่าตาย

3.6.2 ผู้เอาประกันภัยรายใหม่ที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงสมบูรณ์หรือป่วยเป็นโรคร้ายแรง ก่อนการเริ่มเอาประกันหรือการปรับทุนประกันเงินกู้สามัญระหว่างปี เว้นแต่ผู้เอาประกันภัยนั้นได้เอาประกันภัยตามสัญญาขึ้นมาแล้วเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 180 วัน

จึงประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2567



(นางสาวชนิษฐา กาญจนรังษินนท์)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนาชุมชน จำกัด



แบบฟอร์มสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มฯ (ประเภทสวัสดิการ) ประจำปี 2567

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าประสงค์สมัครทำประกันชีวิตกลุ่มฯ (ประเภทสวัสดิการ) ประจำปี 2567 ดังนี้
(โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในแผน 1 ทุนประกัน 100,000 บาท หรือ แผน 2 ทุนประกัน 200,000 บาท หรือ
แผน 3 ทุนประกัน 300,000 บาท เท่านั้น และกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มด้านล่าง)

เลขทะเบียน	รายละเอียด	แผน 1	แผน 2	แผน 3
สมาชิก _____	ชื่อ-นามสกุล			
คู่สมรส	ชื่อ-นามสกุล วัน/เดือน/ปี เกิดอายุ.....ปี			
บุตร 1.	ชื่อ-นามสกุล วัน/เดือน/ปี เกิดอายุ.....ปี			
2.	ชื่อ-นามสกุล วัน/เดือน/ปี เกิดอายุ.....ปี			
3.	ชื่อ-นามสกุล วัน/เดือน/ปี เกิดอายุ.....ปี			
4.	ชื่อ-นามสกุล วัน/เดือน/ปี เกิดอายุ.....ปี			

แบบฟอร์มสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มฯ (สวัสดิการ) สมาชิกสมทบ ประจำปี 2567

เลขทะเบียน	รายละเอียด	แผน 1	แผน 2	แผน 3
สมาชิกสมทบ _____	ชื่อ-นามสกุล			
สมาชิกสมทบ _____	ชื่อ-นามสกุล			
สมาชิกสมทบ _____	ชื่อ-นามสกุล			
สมาชิกสมทบ _____	ชื่อ-นามสกุล			

***สมาชิกสมทบที่มีอายุการเป็นสมาชิกครบ 1 ปี เลขทะเบียน ระหว่าง 90001 - 91632

***โปรดส่งกลับสหกรณ์ฯ ภายในวันที่ 4 มีนาคม 2567

ลงชื่อ.....

(.....)

เบอร์โทรศัพท์.....