

**แผนประกันอุบัติเหตุพิเศษทั้งครอบครัว
สำหรับ
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด**

- * แคมความคุ้มครองบุตรฟรี 3 คน (ในกรณีทำคู่กับคู่สมรส)
- * สามารถทำความคุ้มครองให้บิดา, มารดา ได้
- * คุ้มครองเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และสูญเสียอวัยวะ
- * ทูพพลภาพถาวรจ่าย 2 เท่า
- * เสียชีวิตอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์จ่ายเต็มทุนประกัน (กรมธรรม์โดยส่วนใหญ่จ่ายเพียงครั้งเดียวของทุนประกัน)
- * เบี้ยประกันเริ่มต้นเพียง 105 บาท / ทุนประกัน 100,000 บาท / 1 ปี / คน
- * เบี้ยประกันสามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้ (กรอกข้อมูลตามเอกสารที่แนบมา)
- * เบี้ยประกันจ่ายรายปี โดยสหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นผู้ดำเนินการ

***** **หมายเหตุ**

- * กรุณาอ่านเงื่อนไขความคุ้มครอง, การกำหนดอายุของผู้เอาประกัน และข้อยกเว้น
- * ในกรณีเลือกทำประกันคุ้มครองทั้งครอบครัวจะต้องทำทุนประกันที่เท่ากันเท่านั้น
- * ส่งใบสมัครได้ที่สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรฯ คุ้มครอง 2 รอบ
รอบที่ 1 คุ้มครอง 1 พฤศจิกายน 2566 (ส่งใบสมัครก่อนวันที่ 15 ตุลาคม 2566)
รอบที่ 2 คุ้มครอง 1 ธันวาคม 2566 (ส่งใบสมัครก่อนวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566)
- * สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ คุณสมชาย ประทุมสุวรรณ (0816515209)



ข้าพเจ้า นามสกุล วัน/เดือน/ปีพ.ศเกิด/...../.....
 อายุ ปี เลขที่บัตรประชาชน เลขที่สมาชิก รหัสกอง.....
 ที่อยู่จัดส่งเอกสาร เลขที่ หมู่ที่ ถนน.....ตำบล อำเภอ
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรศัพท์มือถือ

ผู้รับผลประโยชน์ 1.....ความสัมพันธ์.....
 ผู้รับผลประโยชน์ 2.....ความสัมพันธ์.....

กรณารอกชื่อคู่สมรส , บุตร, ชื่อบิดา มารดา ในกรณีชื่อความคุ้มครองเพิ่มเติม (ตามเงื่อนไขที่กำหนด)

ชื่อ -นามสกุลคู่สมรส วัน/เดือน/ปีพ.ศเกิด/...../..... อายุ ปี
 ผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....

ชื่อ-นามสกุลบิดา..... วัน/เดือน/ปีพ.ศเกิด/...../..... อายุ ปี
 ผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....

ชื่อ-นามสกุลมารดา..... วัน/เดือน/ปีพ.ศเกิด/...../..... อายุ ปี
 ผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....

ชื่อ-นามสกุลบุตร..... วัน/เดือน/ปีพ.ศเกิด/...../..... อายุ ปี
 (*)ผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....

ชื่อ-นามสกุลบุตร..... วัน/เดือน/ปีพ.ศเกิด/...../..... อายุ ปี
 (*)ผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....

ชื่อ-นามสกุลบุตร..... วัน/เดือน/ปีพ.ศเกิด/...../..... อายุ ปี
 (*)ผู้รับผลประโยชน์.....ความสัมพันธ์.....

(*) กรณีชื่อความคุ้มครองคู่สมรสและบุตร ผู้รับผลประโยชน์คือตัวท่านเอง

หมายเหตุ ::

- ผู้เอาประกันภัยต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯเท่านั้น อายุ 18-65 ปีบริบูรณ์/คู่สมรส อายุ 18-65 ปีบริบูรณ์
- บิดา มารดา ต้องมีอายุไม่เกิน 72 ปีบริบูรณ์ และบุตรต้องมีอายุระหว่าง 1 – 18 ปีบริบูรณ์ สามารถขยายได้ถึง 23 ปีบริบูรณ์ (ในกรณีเป็นนักศึกษาแบบเต็มเวลา)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะเลือกแผนความคุ้มครอง (กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงช่องความคุ้มครองที่ต้องการ)

ความคุ้มครอง / ทุนประกัน	<input type="checkbox"/> ทุน 100,000	<input type="checkbox"/> ทุน 200,000	<input type="checkbox"/> ทุน 300,000	<input type="checkbox"/> ทุน 400,000	<input type="checkbox"/> ทุน 500,000
เสียชีวิต, แขน,ขา, สายตา 2 ข้าง	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000
แขน, ขา หรือ สายตา 1 ข้าง	60,000	120,000	180,000	240,000	300,000
ทุพพลภาพถาวร	200,000	400,000	600,000	800,000	1,000,000
ฆาตกรรม และลอบทำ ร้าย	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000
อุบัติเหตุจาก รถจักรยานยนต์	100,000	200,000	300,000	400,000	500,000
เบี้ยประกัน	<input type="checkbox"/> สมาชิก 105 บาท/ปี	<input type="checkbox"/> สมาชิก 210 บาท/ปี	<input type="checkbox"/> สมาชิก 315 บาท/ปี	<input type="checkbox"/> สมาชิก 420 บาท/ปี	<input type="checkbox"/> สมาชิก 525 บาท/ปี
	<input type="checkbox"/> สมาชิก คู่สมรส,บุตร 210 บาท/ปี	<input type="checkbox"/> สมาชิก คู่สมรส,บุตร 420 บาท/ปี	<input type="checkbox"/> สมาชิก คู่สมรส,บุตร 630 บาท/ปี	<input type="checkbox"/> สมาชิก คู่ สมรส,บุตร 840 บาท/ปี	<input type="checkbox"/> สมาชิก คู่สมรส,บุตร 1,050 บาท/ปี
	<input type="checkbox"/> บิดา 105 บาท/ปี <input type="checkbox"/> มารดา 105 บาท/ปี	<input type="checkbox"/> บิดา 210 บาท/ปี <input type="checkbox"/> มารดา 210 บาท/ปี	<input type="checkbox"/> บิดา 315 บาท/ปี <input type="checkbox"/> มารดา 315 บาท/ปี	<input type="checkbox"/> บิดา 420 บาท/ปี <input type="checkbox"/> มารดา 420 บาท/ปี	<input type="checkbox"/> บิดา 525 บาท/ปี <input type="checkbox"/> มารดา 525 บาท/ปี

ความคุ้มครอง

ให้ความคุ้มครองต่ออุบัติเหตุทุกชนิดตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก ไม่ว่าจะอยู่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ การเดินทางท่องเที่ยว การเล่นกีฬาเพื่อออกกำลังกาย การเดินทางทางบก ทางน้ำและทางอากาศในฐานะเป็นผู้โดยสารบนเครื่องบินพาณิชย์ รวมถึงการขับขี่และซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ การถูกฆาตกรรมและการถูกลอบทำร้าย

ข้อยกเว้น

ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยธรรมดา การติดเชื้อโรคที่มีได้เกิดจากอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย การกระทำอาชญากรรม ภัยสงคราม การจลาจล และ นัดหยุดงาน การทะเลาะวิวาท และการกระทำขณะตกอยู่ใต้อำนาจ ของสุราหรือยาเสพติด หรือขณะที่ขับขี่หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใดๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าค่าแถลงตามรายการข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับ บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) และขอให้ความยินยอมให้บริษัทซึ่งเป็นนายจ้างของข้าพเจ้า ทำการหักค่าเบี้ยประกันจากบัญชีเงินเดือนของข้าพเจ้า เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันเป็นรายปี ปีละ บาท ให้แก่บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) จนกว่าข้าพเจ้าจะขอยกเลิกให้ความยินยอมดังกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษรมาที่บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

ลายมือชื่อผู้เอาประกัน

วัน/เดือน/ปีพ.ศ.ที่สมัครทำประกัน

ค่าเดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นด้วยความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ตารางความคุ้มครองแผนประกันอุบัติเหตุ สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด (รายปี)

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 100,000 บาท	สมาชิก	คู่สมรส	บุตร /คน	บิดา มารดา /คน	
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และสูญเสียอวัยวะ	100,000	100,000	25,000	100,000	
ทุพพลภาพถาวร	200,000	200,000	50,000	200,000	
ถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย	100,000	100,000	25,000	100,000	
อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	100,000	100,000	25,000	100,000	
ความคุ้มครอง ทุนประกัน 200,000 บาท	สมาชิก	คู่สมรส	บุตร /คน	บิดา มารดา /คน	
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และสูญเสียอวัยวะ	200,000	200,000	50,000	200,000	
ทุพพลภาพถาวร	400,000	400,000	100,000	400,000	
ถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย	200,000	200,000	50,000	200,000	
อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	200,000	200,000	50,000	200,000	
ความคุ้มครอง ทุนประกัน 300,000 บาท	สมาชิก	คู่สมรส	บุตร /คน	บิดา มารดา /คน	
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และสูญเสียอวัยวะ	300,000	300,000	75,000	300,000	
ทุพพลภาพถาวร	600,000	600,000	150,000	600,000	
ถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย	300,000	300,000	75,000	300,000	
อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	300,000	300,000	75,000	300,000	
ความคุ้มครอง ทุนประกัน 400,000 บาท	สมาชิก	คู่สมรส	บุตร /คน	บิดา มารดา /คน	
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และสูญเสียอวัยวะ	400,000	400,000	100,000	400,000	
ทุพพลภาพถาวร	800,000	800,000	200,000	800,000	
ถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย	400,000	400,000	100,000	400,000	
อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	400,000	400,000	100,000	400,000	
ความคุ้มครอง ทุนประกัน 500,000 บาท	สมาชิก	คู่สมรส	บุตร /คน	บิดา มารดา /คน	
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และสูญเสียอวัยวะ	500,000	500,000	125,000	500,000	
ทุพพลภาพถาวร	1,000,000	1,000,000	250,000	1,000,000	
ถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย	500,000	500,000	125,000	500,000	
อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	500,000	500,000	125,000	500,000	

หมายเหตุ :: ส่งเอกสารใบสมัครได้ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด

หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามข้อมูลใดๆ ติดต่อ คุณ สมชาย ประทุมสุวรรณ โทร 02-649-1049 , 081-651-5209

Email :: somchai_patum@hotmail.com

รับประกันภัยโดย

บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21และ23 อาคารสยามพิวรรธน์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพระรามที่ 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ทะเบียนเลขที่ บมจ. | เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร : 0107554000283



บริษัท เออี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited
สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรฒน์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Head Office, 21st - 23rd Floor, Siam Piwat Tower, 989 Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999
ทะเบียนเลขที่ บบจ. / Business Registration No. 0107554000283 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร / Tax ID. 0107554000283

หนังสือให้ความยินยอมในการส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ชื่อ ประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่หรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรตรระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (เลขบัตรประชาชน)

ไม่มีความประสงค์ (หากท่านไม่ประสงค์ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ ท่านไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูลในเอกสารสำหรับผู้ขอเอาประกันในหน้าถัดไป)

ผู้ขอเอาประกันภัย (สมาชิก) ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรตรระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร

1. เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (คู่สมรส)
2. เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (บิดา)
3. เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (มารดา)

ไม่ยินยอม

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย 1 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย 2 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย 3

(.....) (.....) (.....)
(คู่สมรส) (บิดา) (มารดา)

หมายเหตุ ผู้ขอเอาประกันภัย หมายถึง ผู้ที่มีชื่อระบุเป็นผู้เอาประกันภัยดังปรากฏในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัย กรณีใช้สิทธิขอยกเว้นภาษี สำหรับ สมาชิก/ภริยา จะต้องจดทะเบียนตามกฎหมายเท่านั้น กรณีใช้สิทธิขอยกเว้นภาษี สำหรับ บิดามารดาของ สมาชิก/ภริยา ต้องเป็นสมาชิก/ภริยา ที่จดทะเบียนตามกฎหมายเท่านั้น

ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(.....)
ตนเอง