



ที่ สอ.สส.ว. 2250/2559

สหกรณ์ออมทรัพย์

ข้าราชการกรมสรรพสามิต จำกัด

ถนนนครไชยศรี กรุงเทพฯ 10300

7 ธันวาคม 2559

เรื่อง แจ่งประชาสัมพันธ์โครงการประกันชีวิตกลุ่ม (กรณีสมาชิกถึงแก่ความตาย)
เรียน ผู้อำนวยการสำนักทุกสำนัก ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ นักวิชาการสรรพสามิต
ชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการกลุ่มตรวจสอบภายใน ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านวิศวกรรมทั่วไป
ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านวิเคราะห์สินค้า เลขานุการกรม ผู้อำนวยการสำนักงานสรรพสามิตภาค
สรรพสามิตพื้นที่ สรรพสามิตกรุงเทพมหานครพื้นที่ 1 - 5

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. ตารางผลประโยชน์ความคุ้มครอง	จำนวน 1 ฉบับ
	2. แบบฟอร์มสรุปรายชื่อสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ	
	แจ่งความประสงค์ที่จะเพิ่มทุนประกันชีวิตกลุ่ม 200,000.-บาท	จำนวน 1 ฉบับ
	3. แบบฟอร์มแจ่งความประสงค์ที่จะเพิ่มทุนประกันชีวิตกลุ่ม	จำนวน 1 ฉบับ
	4. แบบใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มประกันแบบคุ้มครอง 1 ปี	จำนวน 2 ฉบับ

ตามที่ สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกรมสรรพสามิต จำกัด ได้จัดทำสวัสดิการ การประกันชีวิต
กลุ่มให้กับสมาชิกสหกรณ์ฯ (สามัญ) ประจำปี 2559 กับบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด ซึ่งจะครบกำหนด
31 ธันวาคม 2559 นั้น

สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ขอเรียนให้สมาชิกทราบว่า สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ได้ทำการคัดเลือกบริษัท
ประกันชีวิตกลุ่มประจำปี 2560 เสร็จสิ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยจะทำสัญญาประกันชีวิตกลุ่มกับ
บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ระยะเวลาคุ้มครอง 1 ปี ทุนประกัน 300,000.-บาท (สามแสน
บาทถ้วน) อายุรับประกันตั้งแต่ 18-85 ปี อัตราเบี้ยประกันต่อคนต่อปี คนละ 1,305.- บาท (หนึ่งพันสามร้อย
ห้าบาทถ้วน) ซึ่งสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะเป็นผู้จ่ายชำระค่าเบี้ยจำนวนดังกล่าวให้แก่สมาชิกสหกรณ์ฯ (สามัญ)

อนึ่ง สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อผลประโยชน์สูงสุดของสมาชิกสหกรณ์ฯ
(สามัญ) จึงจัดทำโครงการเพิ่มทุนประกันชีวิตกลุ่มให้กับสมาชิกสหกรณ์ฯ (สามัญ) อีก 200,000.-บาท (สองแสน
บาทถ้วน) จากทุนประกันเดิม 300,000.-บาท (สามแสนบาทถ้วน) เป็น 500,000.-บาท (ห้าแสนบาทถ้วน)
โดยให้สมาชิกสหกรณ์ฯ (สามัญ) เป็นผู้ชำระค่าเบี้ยประกันชีวิตในส่วนของทุนประกันที่เพิ่มขึ้น 200,000.-บาท
เอง ในอัตราค่าเบี้ยประกันเพิ่มขึ้นต่อคนต่อปี คนละ 870.-บาท (แปดร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) พร้อมทั้งแนบ
เอกสารหลักฐาน ดังนี้ สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรข้าราชการของสมาชิกสหกรณ์ฯ (สามัญ) และกรอก
แบบใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี จำนวน 2 ฉบับ (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 4)

/-2- ทั้งนี้...

ทั้งนี้ สมาชิกสหกรณ์ฯ (สามัญ) สามารถแจ้งความประสงค์ที่จะเพิ่มทุนประกันดังกล่าวได้ที่ ฝ่ายการเงินของสำนักงานสรรพสามิตภาค พื้นที่ และพื้นที่สาขาที่ต้นสังกัด สำหรับหน่วยงานส่วนกลางให้แจ้งที่ ฝ่ายธุรการของแต่ละหน่วยงาน เพื่อรวบรวมแบบฟอร์มแจ้งความประสงค์ที่จะเพิ่มทุนประกันชีวิตกลุ่ม แบบฟอร์มสรุปรายชื่อสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ (สามัญ) และแบบใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม (ตามสิ่งที่ ส่งมาด้วย 2-4) ส่งมายังสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ภายในวันที่ 30 ธันวาคม 2559

การชำระค่าเบี้ยประกันที่เพิ่มขึ้นจำนวน 870.-บาท (แปดร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) ดังกล่าว สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ จะทำการหักจากเงินปันผลประจำปี 2559 หากจำนวนเงินปันผลประจำปี 2559 ไม่เพียงพอต่อการชำระค่าเบี้ยประกัน ขอให้สมาชิกสหกรณ์ฯ (สามัญ) ส่งเงินที่เจ้าหน้าที่การเงินของสำนักงานสรรพสามิตภาค และ พื้นที่ต้นสังกัด เพื่อรวบรวมเงินนำส่งมายังสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ สำหรับหน่วยงานที่อยู่ในส่วนกลาง สมาชิกสหกรณ์ฯ (สามัญ) สามารถชำระเงินได้ที่สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ ภายในวันที่ 31 มกราคม 2560

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาววิรวัลย์ อนุรัตนานนท์)

ผู้จัดการ

สหกรณ์ออมทรัพย์ข้าราชการกรมสรรพสามิต จำกัด

สหกรณ์ออมทรัพย์ฯ

โทร/โทรสาร 0 2668 2406

0 2241 5600 ต่อ 51245 51249 51250

0 2241 5600 ต่อ 51282

<http://sahakorn.excise.go.th>

ตารางผลประโยชน์คุ้มครอง

ผลประโยชน์ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	
	ทุนประกัน 300,000	ทุนประกัน 500,000
	(สหกรณ์จ่ายเบี้ยให้)	(สมาชิกจ่ายเบี้ยเพิ่ม 870.-บาท)
1. การประกันชีวิต	300,000.00	500,000.00
2. การประกันอุบัติเหตุ : จ่ายเงินทดแทนอีกจำนวนหนึ่งในกรณี	300,000.00	500,000.00
- เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	100.00%	100.00%
- ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ	100.00%	100.00%
- สูญเสียมือ 2 ข้าง หรือเท้า 2 ข้าง หรือสายตา 2 ข้าง	100.00%	100.00%
- สูญเสียมือ 1 ข้าง และ เท้า 1 ข้าง	100.00%	100.00%
- สูญเสียมือ 1 ข้าง และ สายตา 1 ข้าง	100.00%	100.00%
- สูญเสียเท้า 1 ข้าง และสายตา 1 ข้าง	100.00%	100.00%
- สูญเสียมือ 1 ข้าง	60.00%	60.00%
- สูญเสียเท้า 1 ข้าง	60.00%	60.00%
- สูญเสียตา 1 ข้าง	60.00%	60.00%
- หูหนวก 2 ข้าง หรือเป็นใบ้	50.00%	50.00%
- หูหนวก 1 ข้าง	15.00%	15.00%
- สูญเสียนิ้วหัวแม่มือ (ทั้ง 2 ข้อ)	25.00%	25.00%
- สูญเสียนิ้วหัวแม่มือ (1 ข้อ)	10.00%	10.00%
- สูญเสียนิ้วชี้ (3 ข้อ)	10.00%	10.00%
- สูญเสียนิ้วชี้ (2 ข้อ)	8.00%	8.00%
- สูญเสียนิ้วชี้ (1 ข้อ)	4.00%	4.00%
- นิ้วอื่นแต่ละนิ้ว (ไม่น้อยกว่า 2 ข้อ) นอกจากนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้	5.00%	5.00%
- สูญเสียนิ้วหัวแม่มือเท้า	5.00%	5.00%
- สูญเสียนิ้วเท้าอื่นแต่ละนิ้ว (ไม่น้อยกว่า 1 ข้อ) นอกจากนิ้วหัวแม่มือเท้า	1.00%	1.00%
3. การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุสาธารณะ เช่น ไฟไหม้ใน โรงม โหศพ (บริษัทจะจ่ายเงินทดแทนเป็นสองเท่า)	100.00%	100.00%
ขยายความคุ้มครอง		
- คุ้มครองการขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์		
- คุ้มครองการถูกฆ่า หรือถูกทำร้ายร่างกายโดยเจตนา		
4. การประกันทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร	300,000.00	500,000.00
- ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงติดต่อกัน ไม่น้อยกว่า 180 วัน	100.00%	100.00%
- ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง เนื่องจากเกิดการสูญเสียที่สามารถพิสูจน์ได้อย่างชัดเจน หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง		
การสูญเสียอวัยวะ สายตา		
- มือ 2 ข้าง หรือ เท้า 2 ข้าง หรือ สายตา 2 ข้าง	100.00%	100.00%
- มือ 1 ข้างและเท้า 1 ข้าง หรือ มือ 1 ข้างและสายตา 1 ข้าง หรือเท้า 1 ข้าง และสายตา 1 ข้าง	100.00%	100.00%

แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์ที่จะเพิ่มทุนประกันชีวิตกลุ่ม 200,000.-บาท

วันที่.....

ข้าพเจ้าชื่อนาย นาง นางสาว.....นามสกุล.....

บัตรประชาชนเลขที่..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

อายุ.....ปี ตำแหน่ง.....สังกัด.....

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ (สามัญ) เลขทะเบียนที่.....(กรณีไม่ทราบไม่ต้องระบุ) มีความประสงค์ที่จะ
เพิ่มทุนประกันชีวิตกลุ่ม จำนวน 200,000.-บาท (สองแสนบาทถ้วน) เบี้ยประกัน จำนวน 870.-บาท (แปดร้อยเจ็ดสิบบ
บาทถ้วน) และได้แนบเอกสารหลักฐาน

- แบบใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มประกันแบบคุ้มครอง 1 ปี จำนวน 2 ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาบัตรข้าราชการของสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ (สามัญ) จำนวน 1 ฉบับ
- เอกสารอื่น ๆ (ระบุ)

ลงชื่อ

สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ฯ (สามัญ)

()

ตำแหน่ง.....

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครอง 1 ปี (สำหรับสมาชิก)

ชื่อตัวแทน / นายหน้า กรมธรรม์เลขที่ กรณีไม่ต้องการเอกสารภาพ ให้กรอกเฉพาะ ส่วนที่ 1
 สมาชิกเลขที่ ชื่อกลุ่ม กรณีต้องการเอกสารภาพ ให้กรอก ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
 ผู้ขอเอาประกันชีวิตต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ม. 865

ผู้ขอเอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล
 เพศ ชาย หญิง | เชื้อชาติ | สัญชาติ
 ชื่อ-สกุล (เดิม)
 ชื่อ-สกุล ภรรยา/สามี
 สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
 วดปี เกิด อายุ ณ วันเกิดที่ผ่านมา ปี
 เลขประจำตัวประชาชน
เอกสารที่ใช้แสดง
 บัตรประชาชน วันบัตรหมดอายุ
 หนังสือเดินทาง เลขที่ วันหมดอายุ

ที่อยู่

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 ที่อยู่ปัจจุบัน
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 ชื่อ/ที่อยู่สถานที่ทำงาน
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์
 สถานที่ติดต่อ
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน | ที่อยู่ปัจจุบัน | สถานที่ทำงาน
 หมายเลขโทรศัพท์
 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน
 อีเมล

อาชีพ

อาชีพ / ตำแหน่ง / หน้าที่
 ประเภทธุรกิจ รายได้รวมต่อปี

กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้

กรุณาระบุ ประเภทเงินกู้
 วงเงินกู้ บาท

แบบประกันภัย

แบบประกันภัย ระยะเวลาเอาประกันภัย ปี | จำนวนเงินเอาประกันภัย บาท
 จำนวนเบี้ยประกันภัย บาท | งดการชำระเบี้ยประกันภัยราย เดือน 3 เดือน 6 เดือน ปี

ผู้รับประโยชน์ (*กรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคน และไม่ระบุร้อยละของผลประโยชน์ จะจ่ายผลประโยชน์ให้คนละเท่าๆกัน)

ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ <input type="text"/>	ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ <input type="text"/>
เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> หรือ <input type="text"/>	เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/> หรือ <input type="text"/>
หนังสือเดินทาง เลขที่ <input type="text"/> อายุ <input type="text"/> ปี	หนังสือเดินทาง เลขที่ <input type="text"/> อายุ <input type="text"/> ปี
ที่อยู่ <input type="text"/>	ที่อยู่ <input type="text"/>
ความสัมพันธ์ <input type="text"/> ส่วนแบ่ง <input type="text"/> %	ความสัมพันธ์ <input type="text"/> ส่วนแบ่ง <input type="text"/> %

กรณีทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองเงินกู้
 ผู้รับประโยชน์หลัก คือ ผู้ถือกรมธรรม์ (สถาบันการเงิน / สหกรณ์) เฉพาะส่วนที่เป็นหนี้ค้ำชำระ เงินผลประโยชน์ที่เหลือจะจ่ายให้กับผู้รับประโยชน์ตามที่ระบุไว้ข้างต้น

คำถามผู้ขอเอาประกันภัย

ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียด ไม่เคย เคย

ชื่อบริษัท สาเหตุ เมื่อวันที่

ชื่อบริษัท สาเหตุ เมื่อวันที่

ส่วนที่ 1

ส่วนที่ 2

ข้อมูลสุขภาพ

- ส่วนสูง ซม. | น้ำหนัก กก. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักของท่าน คงเดิม เพิ่มขึ้น กก. ลดลง กก.
- ท่านเคยเสพยาเสพติดหรือสารเสพติดใดๆ หรือยาเกินขนาดหรือเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับยาเสพติดหรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่ ไม่เคย เคย
- ท่านเป็น หรือเคยเป็น หรือเคยได้รับการวินิจฉัยและ/หรือได้รับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง หรือเนื้องอกของอวัยวะอื่นๆ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ โรคหลอดเลือด โรคเลือด โรคประสาท โรคหลอดเลือดในสมอง โรคปอดหรือปอดอักเสบ โรควัณโรค โรคหอบหืด โรคตับหรือทางเดินน้ำดี โรคไต โรคแผลในทางเดินอาหาร โรคเกาต์ โรคจิต โรคข้ออักเสบ พิการทางร่างกาย โรคเอดส์ (HIV) หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่ หากเคย ให้ระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ไม่เคย เคย

โรค	วัน/เดือน/ปี ที่รักษา (โปรดระบุว่าการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	การรักษาและอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคเช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ไม่เคย เคย

ตรวจอะไร	เมื่อใด	สถานที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ข้อสังเกตโดยแพทย์

- ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ เจ็บป่วย ได้รับการผ่าตัด ปรึกษาแพทย์ ได้รับการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือได้รับการรักษาในสถานพยาบาล ที่มีบัตรเลขที่ข้างต้น หรือไม่ ถ้า เคย โปรดระบุรายละเอียดในตารางด้านล่าง ไม่เคย เคย

อาการ	วัน / เดือน / ปี ที่ได้รับการรักษา	สถานพยาบาล	ผลการรักษา

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิต

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้
- ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ก่อนลงลายมือชื่อ ขอให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

เขียนที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ ผู้ขอเอาประกันภัย
 () ()

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ: บิดา / มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
 ()

กรุณาเขียนชื่อกำกับตรงที่มีการแก้ไข ชัดว่า ขูดลบข้อความ