



15 กันยายน 2565

เรื่อง โครงการประกันอุบัติเหตุพิเศษสำหรับสมาชิกสหกรณ์และครอบครัว

เรียน สมาชิกสหกรณ์ฯ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครแผนประกันอุบัติเหตุ (สำหรับสมาชิกสหกรณ์ฯ ที่ยังไม่เคยสมัครแผนความคุ้มครองอุบัติเหตุหนึ่งเท่านั้น)

ตามที่สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด ได้จัดทำโครงการประกันอุบัติเหตุพิเศษสำหรับสมาชิกสหกรณ์และครอบครัวเป็นประจำต่อเนื่องทุกปี โดยได้จัดทำกับ บริษัท เอไออี ประกันภัย (ประเทศไทย จำกัด) ซึ่งโครงการดังกล่าวสิ้นสุดความคุ้มครองในวันที่ 31 ตุลาคม 2565 (สำหรับผู้ที่เคยทำประกันเริ่มคุ้มครองวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 และ 1 พฤศจิกายน 2566) นั้น

สำหรับผู้ที่เคยทำประกัน เพื่อให้การคุ้มครองมีผลต่อเนื่องสำหรับผู้ที่เคยทำแผนคุ้มครองโครงการประกันอุบัติเหตุพิเศษไว้แล้ว บริษัทฯ จะมีเอกสารต่ออายุกรมธรรม์ส่งถึงท่านโดยตรง หากท่านประสงค์ต่ออายุกรมธรรม์ หรือ เปลี่ยนแปลงทุนประกันเพิ่มขึ้น ขอให้กรอกข้อมูลเกี่ยวกับ วัน เดือน ปีเกิดของสมาชิก ตามแบบฟอร์มที่บริษัทจัดส่งไปให้ตามที่อยู่ที่ท่านแจ้งไว้ และโปรดส่งกลับถึงสหกรณ์ก่อนวันที่ 10 ตุลาคม 2565 มีผลคุ้มครองวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 และก่อนวันที่ 10 พฤศจิกายน 2565 มีผลคุ้มครองวันที่ 1 ธันวาคม 2565

อนึ่ง สำหรับสมาชิกสหกรณ์ที่ยังไม่เคยเข้าร่วมโครงการสามารถเลือกซื้อแผนความคุ้มครองโครงการประกันอุบัติเหตุพิเศษ โดยความสมัครใจได้ตั้งแต่ 100,000 - 500,000 บาท ชำระค่าเบี้ยประกันขั้นต่ำ 105 - 525 บาท / ต่อปี แผนที่ 1 สมาชิกแผนที่ 2 สมาชิก, คู่สมรส (แถมความคุ้มครองบุตรฟรี 3 คน อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ สามารถขยายได้ถึง 23 ปีบริบูรณ์ ในกรณีที่ เป็นนักศึกษาแบบเต็มเวลา) แผนที่ 3 สมาชิก, บิดา, มารดา (ต้องมีอายุไม่เกิน 72 ปี) และแผนที่ 4 สมาชิก, คู่สมรส, บุตร, บิดา, มารดา สนใจโปรดกรอกแบบฟอร์มใบสมัครตามสิ่งที่ส่งมาด้วย หรือดาวน์โหลดเอกสารที่ [จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ](https://www.moac-coop.com/แล้วส่งกลับไปยังสหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด เริ่มคุ้มครองวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 (ส่งเอกสารถึงสหกรณ์ฯ ก่อนวันที่ 10 ตุลาคม 2565) และเริ่มคุ้มครอง 1 พฤศจิกายน 2565 (ส่งเอกสารถึงสหกรณ์ฯ ก่อนวันที่ 10 พฤศจิกายน 2565) หมายเหตุ กรุณาอ่านเงื่อนไขและกำหนดอายุผู้เอาประกันในใบสมัคร, กรอกใบสมัครแต่ละท่านตามสถานะบนหัวกระดาษที่เขียนไว้ และ ต้องทำ ทุนประกันเหมือนกันเท่านั้น ทั้งนี้ สหกรณ์จะเริ่มหักค่าเบี้ยประกันจากเงินได้รายเดือนของสมาชิกประจำเดือน มกราคม 2566 และ ขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด หรือตัวแทนบริษัทฯ คุณสมชาย ประทุมสุวรรณ มือถือ 081-651-5209 โทร 0-2649-1049</p></div><div data-bbox=)

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวกัลยา อุบลบาน)

หัวหน้าฝ่ายสินเชื่อ รักษาการผู้จัดการ

สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด

หมายเหตุ หากสมาชิกไม่ได้รับหนังสือเตือนการต่อกรมธรรม์ฯ แต่มีความประสงค์จะยกเลิกกรุณาแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษร โทร 0-2282-5989 มือถือ 086-3320988



ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม "แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน"

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย : สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด
 ชื่อพนักงาน วันที่เข้าทำงาน
 ตำแหน่ง.....
 ผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นางสาว/นาง/อื่น ๆ (ระบุ)..... ชื่อ..... นามสกุล.....
 วันเดือนปีเกิด อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
 สถานภาพ โสด สมรส อื่น ๆ (โปรดระบุ)
 ที่อยู่ปัจจุบัน
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน โทรศัพท์
 โทรศัพท์มือถือ อีเมล
 กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยของสมาชิกในครอบครัวของพนักงาน โปรดระบุ
 คู่สมรส บุตร อื่น ๆ (โปรดระบุ)
 ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์
 ที่อยู่
 ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์
 ที่อยู่
 แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (รายละเอียดแสดงในหน้าตารางผลประโยชน์และอัตราเบี้ยประกันภัย)

แผนความคุ้มครอง	เบี้ยประกันภัยต่อปี				
	ทุน 100,000 บาท	ทุน 200,000 บาท	ทุน 300,000 บาท	ทุน 400,000 บาท	ทุน 500,000 บาท
แผน 1 เฉพาะผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 525
แผน 2 ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส (ฟรีบุตร 3 คน)	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 3 ผู้เอาประกันภัยและบิดา	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 4 ผู้เอาประกันภัยและมารดา	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 5 ผู้เอาประกันภัยและบิดา มารดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 6 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และบิดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 7 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และมารดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 8 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และบิดา มารดา	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,680	<input type="checkbox"/> 2,100

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)
 ชำระเป็น รายปี รายเดือน เดือนละ บาท

รายละเอียดเพิ่มเติมของผู้ขอเอาประกันภัย

- ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิตหรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับบริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
- ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิตหรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัยหรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
- ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่?
 ใช้ในอาชีพหรือใช้สำหรับเดินทางเป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่
- ผู้เอาประกันภัยดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่
 เป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่

ตารางแผนความคุ้มครองผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัย

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 100,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	100,000	100,000	25,000	100,000
ทุพพลภาพถาวร	200,000	200,000	50,000	200,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	100,000	25,000	100,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	100,000	25,000	100,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 200,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	200,000	200,000	50,000	200,000
ทุพพลภาพถาวร	400,000	400,000	100,000	400,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	200,000	200,000	50,000	200,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	200,000	200,000	50,000	200,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 300,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	300,000	300,000	75,000	300,000
ทุพพลภาพถาวร	600,000	600,000	150,000	600,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	300,000	300,000	75,000	300,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	300,000	300,000	75,000	300,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 400,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	400,000	400,000	100,000	400,000
ทุพพลภาพถาวร	800,000	800,000	200,000	800,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	400,000	400,000	100,000	400,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	400,000	400,000	100,000	400,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 500,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	500,000	500,000	125,000	500,000
ทุพพลภาพถาวร	1,000,000	1,000,000	250,000	1,000,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	500,000	500,000	125,000	500,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	500,000	500,000	125,000	500,000

ข้อความยืนยันก้อยตกลงในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัย การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงก้อยตกลงที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้กับ บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือองค์กรอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ และสำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการรับประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

การแสดงความคิดเห็นการใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษี

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทสงและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่

ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าผู้สมัครเป็นลูกจ้างของบริษัท
(ประทับตราชื่อบริษัท/นายจ้าง)

นายจ้าง

ตำแหน่ง

(.....)

.....

(.....)

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

วันที่..... เดือน..... ปี

การประกันภัยโดยตรง

ตัวแทนประกันวินาศภัย

นายหน้าประกันวินาศภัย

.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองโดย

ชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย

(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ชื่อตัวแทนนายหน้า.....

ใบอนุญาตเลขที่.....

วันที่..... เดือน..... ปี

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญา

ประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ท่านสามารถอ่านนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ www.aig.co.th/privacy-policy

การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลัก เกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

.....

ไม่ยินยอม

.....

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรม สรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

.....

ไม่มีความประสงค์

.....

ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(.....)

**เอกสารแนบ ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม “แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน”**

- อายุรับประกัน :** ผู้เอาประกันภัย/พนักงาน ต้องมีอายุระหว่าง 18 - 65 ปีบริบูรณ์ / คู่สมรสต้องมีอายุระหว่าง 16 - 65 ปีบริบูรณ์ / บิดาและมารดาต้องมีอายุไม่เกิน 72 ปีบริบูรณ์ และบุตรต้องมีอายุระหว่าง 1 - 18 ปีบริบูรณ์ สามารถขยายได้ถึง 23 ปีบริบูรณ์ (ในกรณีที่ป็นนักศึกษาแบบเต็มเวลา)
- ความคุ้มครอง :** ให้ความคุ้มครองต่ออุบัติเหตุทุกชนิดตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก ไม่ว่าจะอยู่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ การเดินทางท่องเที่ยว การเล่น กีฬาเพื่อออกกำลังกาย การเดินทางทางบก ทางน้ำ และทางอากาศในฐานะเป็นผู้โดยสารบนเครื่องบิน พาณิชย์ รวมถึงการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ การฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย
- ข้อยกเว้น :** ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยธรรมดา การติดเชื้อโรคที่มีได้เกิดจากอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย การกระทำอาชญากรรม ภัยสงคราม การจลาจล และนัดหยุดงาน การทะเลาะวิวาท และการกระทำขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษ และข้อยกเว้นตามมาตรฐานทั่วไปที่ระบุในกรมธรรม์ประกันภัย

หมายเหตุ :

1. ส่งเอกสารใบสมัครที่สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์จำกัด ภายในวันที่ 20 กันยายน 2565
2. หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามข้อมูลใดๆ ติดต่อ คุณสมชาย ประทุมสุวรรณ โทร 02-6491049, 081-6515209 หรือ Email: somchai_patum@hotmail.com
3. ต้องกรอกใบสมัคร 1 คน : 1 ชุด
4. แผนประกันภัยจะต้องเลือกซื้อแผนเดียวกันเท่านั้น จะ เลือกข้ามแผนไม่ได้



บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามปิวัตทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน แขวงปทุมวัน 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

คุ้มครอง

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม "แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน"

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย : สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด

ชื่อพนักงาน วันที่เข้าทำงาน

ตำแหน่ง.....

ผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นางสาว/นาง/อื่น ๆ (ระบุ)..... ชื่อ..... นามสกุล.....

วันเดือนปีเกิด อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

สถานภาพ โสด สมรส อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ อีเมลล์

กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยของสมาชิกในครอบครัวของพนักงาน โปรดระบุ

คู่สมรส บุตร อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์

ที่อยู่

ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์

ที่อยู่

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (รายละเอียดแสดงในหน้าตารางผลประโยชน์และอัตราเบี้ยประกันภัย)

แผนความคุ้มครอง	เบี้ยประกันภัยต่อปี				
	ทุน 100,000 บาท	ทุน 200,000 บาท	ทุน 300,000 บาท	ทุน 400,000 บาท	ทุน 500,000 บาท
แผน 1 เฉพาะผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 525
แผน 2 ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส (พริ่บุตร 3 คน)	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 3 ผู้เอาประกันภัยและบิดา	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 4 ผู้เอาประกันภัยและมารดา	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 5 ผู้เอาประกันภัยและบิดา มารดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 6 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และบิดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 7 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และมารดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 8 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และบิดา มารดา	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,680	<input type="checkbox"/> 2,100

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)

ชำระเป็น รายปี รายเดือน เดือนละ บาท

รายละเอียดเพิ่มเติมของผู้ขอเอาประกันภัย

- ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิตหรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับบริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
- ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิตหรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัยหรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
- ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่?
 ใช้ในอาชีพหรือใช้สำหรับเดินทางเป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่
- ผู้เอาประกันภัยดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่?
 เป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่

ตารางแผนความคุ้มครองผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัย

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 100,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	100,000	100,000	25,000	100,000
ทุพพลภาพถาวร	200,000	200,000	50,000	200,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	100,000	25,000	100,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	100,000	25,000	100,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 200,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	200,000	200,000	50,000	200,000
ทุพพลภาพถาวร	400,000	400,000	100,000	400,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	200,000	200,000	50,000	200,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	200,000	200,000	50,000	200,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 300,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	300,000	300,000	75,000	300,000
ทุพพลภาพถาวร	600,000	600,000	150,000	600,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	300,000	300,000	75,000	300,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	300,000	300,000	75,000	300,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 400,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	400,000	400,000	100,000	400,000
ทุพพลภาพถาวร	800,000	800,000	200,000	800,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	400,000	400,000	100,000	400,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	400,000	400,000	100,000	400,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 500,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	500,000	500,000	125,000	500,000
ทุพพลภาพถาวร	1,000,000	1,000,000	250,000	1,000,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	500,000	500,000	125,000	500,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	500,000	500,000	125,000	500,000

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัย การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้กับ บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือองค์กรอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ และสำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการรับประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชั้นสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

การแสดงความประสงค์การใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษี

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่
- ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าผู้สมัครเป็นลูกจ้างของบริษัท
(ประทับตราชื่อบริษัท/นายจ้าง)

นายจ้าง
ตำแหน่ง
(.....)

.....
(.....)
ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
วันที่..... เดือน..... ปี

- การประกันภัยโดยตรง
- ตัวแทนประกันวินาศภัย
- นายหน้าประกันวินาศภัย

.....
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองโดย
ชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ชื่อตัวแทนนายหน้า.....
ใบอนุญาตเลขที่.....

วันที่..... เดือน..... ปี

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ท่านสามารถอ่านนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ www.aig.co.th/privacy-policy

การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลัก เกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

ไม่ยินยอม

.....
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรม สรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

.....
ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(.....)

เอกสารแนบ ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม “แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน”

- อายุรับประกัน : ผู้เอาประกันภัย/พนักงาน ต้องมีอายุระหว่าง 18 - 65 ปีบริบูรณ์ / คู่สมรสต้องมีอายุระหว่าง 16 - 65 ปีบริบูรณ์ / บิดาและมารดาต้องมีอายุไม่เกิน 72 ปีบริบูรณ์ และบุตรต้องมีอายุระหว่าง 1 - 18 ปีบริบูรณ์ สามารถขยายได้ถึง 23 ปีบริบูรณ์ (ในกรณีที่เป็นักเรียนแบบเต็มเวลา)
- ความคุ้มครอง : ให้ความคุ้มครองต่ออุบัติเหตุทุกชนิดตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก ไม่ว่าจะอยู่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ การเดินทางท่องเที่ยว การเล่น กีฬาเพื่อออกกำลังกาย การเดินทางทางบก ทางน้ำ และทางอากาศในฐานะเป็นผู้โดยสารบนเครื่องบิน พาณิชย์ รวมถึงการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ การฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย
- ข้อยกเว้น : ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยธรรมดา การติดเชื้อโรคที่มีได้เกิดจากอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย การกระทำอาชญากรรม ภัยสงคราม การจลาจล และนัดหยุดงาน การทะเลาะวิวาท และการกระทำขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษ และข้อยกเว้นตามมาตรฐานทั่วไปที่ระบุในกรมธรรม์ประกันภัย

หมายเหตุ :

1. ส่งเอกสารใบสมัครที่สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์จำกัด ภายในวันที่ 20 กันยายน 2565
2. หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามข้อมูลใดๆ ติดต่อ คุณสมชาย ประทุมสุวรรณ โทร 02-6491049, 081-6515209 หรือ Email: somchai_patum@hotmail.com
3. ต้องกรอกใบสมัคร 1 คน : 1 ชุด
4. แผนประกันภัยจะต้องเลือกซื้อแผนเดียวกันเท่านั้น จะ เลือกข้ามแผนไม่ได้



ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม "แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน"

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย : สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด
 ชื่อพนักงาน วันที่เข้าทำงาน
 ตำแหน่ง.....
 ผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นางสาว/นาง/อื่น ๆ (ระบุ)..... ชื่อ..... นามสกุล.....
 วันเดือนปีเกิด อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
 สถานภาพ โสด สมรส อื่น ๆ (โปรดระบุ)
 ที่อยู่ปัจจุบัน
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน โทรศัพท์
 โทรศัพท์มือถือ อีเมล
 กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยของสมาชิกในครอบครัวของพนักงาน โปรดระบุ
 คู่สมรส บุตร อื่น ๆ (โปรดระบุ)
 ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์
 ที่อยู่
 ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์
 ที่อยู่
 แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (รายละเอียดแสดงในหน้าตารางผลประโยชน์และอัตราเบี้ยประกันภัย)

แผนความคุ้มครอง	เบี้ยประกันภัยต่อปี				
	ทุน 100,000 บาท	ทุน 200,000 บาท	ทุน 300,000 บาท	ทุน 400,000 บาท	ทุน 500,000 บาท
แผน 1 เฉพาะผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 525
แผน 2 ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส (ฟรีบุตร 3 คน)	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 3 ผู้เอาประกันภัยและบิดา	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 4 ผู้เอาประกันภัยและมารดา	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 5 ผู้เอาประกันภัยและบิดา มารดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 6 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และบิดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 7 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และมารดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 8 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และบิดา มารดา	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,680	<input type="checkbox"/> 2,100

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)

ชำระเป็น รายปี รายเดือน เดือนละ บาท

รายละเอียดเพิ่มเติมของผู้ขอเอาประกันภัย

- ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิตหรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับบริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
- ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิตหรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัยหรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
- ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่?
 ใช้ในอาชีพหรือใช้สำหรับเดินทางเป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่
- ผู้เอาประกันภัยดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่?
 เป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่

ตารางแผนความคุ้มครองผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัย

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 100,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	100,000	100,000	25,000	100,000
ทุพพลภาพถาวร	200,000	200,000	50,000	200,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	100,000	25,000	100,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	100,000	25,000	100,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 200,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	200,000	200,000	50,000	200,000
ทุพพลภาพถาวร	400,000	400,000	100,000	400,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	200,000	200,000	50,000	200,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	200,000	200,000	50,000	200,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 300,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	300,000	300,000	75,000	300,000
ทุพพลภาพถาวร	600,000	600,000	150,000	600,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	300,000	300,000	75,000	300,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	300,000	300,000	75,000	300,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 400,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	400,000	400,000	100,000	400,000
ทุพพลภาพถาวร	800,000	800,000	200,000	800,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	400,000	400,000	100,000	400,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	400,000	400,000	100,000	400,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 500,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	500,000	500,000	125,000	500,000
ทุพพลภาพถาวร	1,000,000	1,000,000	250,000	1,000,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	500,000	500,000	125,000	500,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	500,000	500,000	125,000	500,000

ข้อความยินยอมที่แสดงในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัย การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้กับ บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือองค์กรอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ และสำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

บริษัทฯมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการรับประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัทฯ

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

การแสดงความประสงค์การใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษี

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่
- ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าผู้สมัครเป็นลูกจ้างของบริษัท
(ประทับตราชื่อบริษัท/นายจ้าง)

นายจ้าง
ตำแหน่ง
(.....)

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
วันที่..... เดือน..... ปี

- การประกันภัยโดยตรง
- ตัวแทนประกันวินาศภัย
- นายหน้าประกันวินาศภัย

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองโดย
ชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ชื่อตัวแทนนายหน้า.....
ใบอนุญาตเลขที่.....

วันที่..... เดือน..... ปี

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ท่านสามารถอ่านนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ www.aig.co.th/privacy-policy

การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลัก เกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

ไม่ยินยอม

.....
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรม สรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

.....
ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(.....)

**เอกสารแนบ ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม “แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน”**

- อายุรับประกัน :** ผู้เอาประกันภัย/พนักงาน ต้องมีอายุระหว่าง 18 - 65 ปีบริบูรณ์ / คู่สมรสต้องมีอายุระหว่าง 16 - 65 ปีบริบูรณ์ / บิดาและมารดาต้องมีอายุไม่เกิน 72 ปีบริบูรณ์ และบุตรต้องมีอายุระหว่าง 1 - 18 ปีบริบูรณ์ สามารถขยายได้ถึง 23 ปีบริบูรณ์ (ในกรณีที่ป็นนักศึกษาแบบเต็มเวลา)
- ความคุ้มครอง :** ให้ความคุ้มครองต่ออุบัติเหตุทุกชนิดตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก ไม่ว่าจะอยู่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ การเดินทางท่องเที่ยว การเล่น กีฬาเพื่อออกกำลังกาย การเดินทางทางบก ทางน้ำ และทางอากาศในฐานะเป็นผู้โดยสารบนเครื่องบิน พาณิชย์ รวมถึงการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ การฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย
- ข้อยกเว้น :** ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยธรรมดา การติดเชื้อโรคที่มีได้เกิดจากอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย การกระทำอาชญากรรม ภัยสงคราม การจลาจล และนัดหยุดงาน การทะเลาะวิวาท และการกระทำขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษ และข้อยกเว้นตามมาตรฐานทั่วไปที่ระบุในกรมธรรม์ประกันภัย

หมายเหตุ :

1. ส่งเอกสารใบสมัครที่สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์จำกัด **ภายในวันที่ 20 กันยายน 2565**
2. หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามข้อมูลใดๆ ติดต่อ คุณสมชาย ประทุมสุวรรณ โทร 02-6491049, 081-6515209 หรือ Email: somchai_patum@hotmail.com
3. ต้องกรอกใบสมัคร 1 คน : 1 ชุด
4. แผนประกันภัยจะต้องเลือกซื้อแผนเดียวกันเท่านั้น จะ เลือกข้ามแผนไม่ได้



บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามปิวรรณ์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน 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

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม "แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน"

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย : สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด
 ชื่อพนักงาน วันที่เข้าทำงาน
 ตำแหน่ง.....
 ผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นางสาว/นาง/อื่น ๆ (ระบุ)..... ชื่อ..... นามสกุล.....
 วันเดือนปีเกิด อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
 สถานภาพ โสด สมรส อื่น ๆ (โปรดระบุ)
 ที่อยู่ปัจจุบัน
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน โทรศัพท์
 โทรศัพท์มือถือ อีเมล
 กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยของสมาชิกในครอบครัวของพนักงาน โปรดระบุ
 คู่สมรส บุตร อื่น ๆ (โปรดระบุ)
 ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์
 ที่อยู่
 ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์
 ที่อยู่
 แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (รายละเอียดแสดงในหน้าตารางผลประโยชน์และอัตราเบี้ยประกันภัย)

แผนความคุ้มครอง	เบี้ยประกันภัยต่อปี				
	ทุน 100,000 บาท	ทุน 200,000 บาท	ทุน 300,000 บาท	ทุน 400,000 บาท	ทุน 500,000 บาท
แผน 1 เฉพาะผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 525
แผน 2 ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส (ฟรีบุตร 3 คน)	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 3 ผู้เอาประกันภัยและบิดา	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 4 ผู้เอาประกันภัยและมารดา	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 5 ผู้เอาประกันภัยและบิดา มารดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 6 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และบิดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 7 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และมารดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 8 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และบิดา มารดา	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,680	<input type="checkbox"/> 2,100

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)
 ชำระเป็น รายปี รายเดือน เดือนละ บาท

รายละเอียดเพิ่มเติมของผู้ขอเอาประกันภัย

- ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิตหรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับบริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
- ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิตหรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัยหรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
- ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่?
 ใช้ในอาชีพหรือใช้สำหรับเดินทางเป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่
- ผู้เอาประกันภัยดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่?
 เป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่

ตารางแผนความคุ้มครองผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัย

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 100,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	100,000	100,000	25,000	100,000
ทุพพลภาพถาวร	200,000	200,000	50,000	200,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	100,000	25,000	100,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	100,000	25,000	100,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 200,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	200,000	200,000	50,000	200,000
ทุพพลภาพถาวร	400,000	400,000	100,000	400,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	200,000	200,000	50,000	200,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	200,000	200,000	50,000	200,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 300,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	300,000	300,000	75,000	300,000
ทุพพลภาพถาวร	600,000	600,000	150,000	600,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	300,000	300,000	75,000	300,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	300,000	300,000	75,000	300,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 400,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	400,000	400,000	100,000	400,000
ทุพพลภาพถาวร	800,000	800,000	200,000	800,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	400,000	400,000	100,000	400,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	400,000	400,000	100,000	400,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 500,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	500,000	500,000	125,000	500,000
ทุพพลภาพถาวร	1,000,000	1,000,000	250,000	1,000,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	500,000	500,000	125,000	500,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	500,000	500,000	125,000	500,000

ข้อความยินยอมที่ถ่ายกลงในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัย การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ่ายกลงที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้กับ บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือองค์กรอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ และสำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการรับประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

การแสดงความประสงค์การใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษี

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่
- ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าผู้สมัครเป็นลูกจ้างของบริษัท
(ประทับตราชื่อบริษัท/นายจ้าง)

นายจ้าง
ตำแหน่ง
(.....)

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
วันที่..... เดือน..... ปี

- การประกันภัยโดยตรง
- ตัวแทนประกันวินาศภัย
- นายหน้าประกันวินาศภัย

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองโดย
ชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....
ใบอนุญาตเลขที่.....

วันที่..... เดือน..... ปี

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ท่านสามารถอ่านนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ www.aig.co.th/privacy-policy

การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลัก เกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

.....

ไม่ยินยอม

.....
 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรม สรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

.....

ไม่มีความประสงค์

.....
 ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(.....)

เอกสารแนบใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม “แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน”

- อายุรับประกัน : ผู้เอาประกันภัย/พนักงาน ต้องมีอายุระหว่าง 18 - 65 ปีบริบูรณ์ / คู่สมรสต้องมีอายุระหว่าง 16 - 65 ปีบริบูรณ์ / บิดาและมารดาต้องมีอายุไม่เกิน 72 ปีบริบูรณ์ และบุตรต้องมีอายุระหว่าง 1 - 18 ปีบริบูรณ์ สามารถขยายได้ถึง 23 ปีบริบูรณ์ (ในกรณีที่เป็นนักศึกษาแบบเต็มเวลา)
- ความคุ้มครอง : ให้ความคุ้มครองต่ออุบัติเหตุทุกชนิดตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก ไม่ว่าจะอยู่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ การเดินทางท่องเที่ยว การเล่น กีฬาเพื่อออกกำลังกาย การเดินทางทางบก ทางน้ำ และทางอากาศในฐานะเป็นผู้โดยสารบนเครื่องบิน พาณิชย์ รวมถึงการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ การฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย
- ข้อยกเว้น : ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยธรรมดา การติดเชื้อโรคที่มีได้เกิดจากอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย การกระทำอาชญากรรม ภัยสงคราม การจลาจล และนัดหยุดงาน การทะเลาะวิวาท และการกระทำขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษ และข้อยกเว้นตามมาตรฐานทั่วไปที่ระบุในกรมธรรม์ประกันภัย

หมายเหตุ :

1. ส่งเอกสารใบสมัครที่สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์จำกัด ภายในวันที่ 20 กันยายน 2565
2. หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามข้อมูลใดๆ ติดต่อ คุณสมชาย ประทุมสุวรรณ โทร 02-6491049, 081-6515209 หรือ Email: somchai_patum@hotmail.com
3. ต้องกรอกใบสมัคร 1 คน : 1 ชุด
4. แผนประกันภัยจะต้องเลือกซื้อแผนเดียวกันเท่านั้น จะ เลือกข้ามแผนไม่ได้



บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรธน์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน 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

บุตร 3

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม "แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน"

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย : สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด
 ชื่อพนักงาน วันที่เข้าทำงาน
 ตำแหน่ง.....
 ผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นางสาว/นาง/อื่น ๆ (ระบุ)..... ชื่อ..... นามสกุล.....
 วันเดือนปีเกิด อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
 สถานภาพ โสด สมรส อื่น ๆ (โปรดระบุ)
 ที่อยู่ปัจจุบัน
 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน โทรศัพท์
 โทรศัพท์มือถือ อีเมล
 กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยของสมาชิกในครอบครัวของพนักงาน โปรดระบุ
 คู่สมรส บุตร อื่น ๆ (โปรดระบุ)
 ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์
 ที่อยู่
 ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์
 ที่อยู่
 แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (รายละเอียดแสดงในหน้าตารางผลประโยชน์และอัตราเบี้ยประกันภัย)

แผนความคุ้มครอง	เบี้ยประกันภัยต่อปี				
	ทุน 100,000 บาท	ทุน 200,000 บาท	ทุน 300,000 บาท	ทุน 400,000 บาท	ทุน 500,000 บาท
แผน 1 เฉพาะผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 525
แผน 2 ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส (ฟรีบุตร 3 คน)	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 3 ผู้เอาประกันภัยและบิดา	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 4 ผู้เอาประกันภัยและมารดา	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 5 ผู้เอาประกันภัยและบิดา มารดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 6 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และบิดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 7 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และมารดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 8 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และบิดา มารดา	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,680	<input type="checkbox"/> 2,100

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)

ชำระเป็น รายปี รายเดือน เดือนละ บาท

รายละเอียดเพิ่มเติมของผู้เอาประกันภัย

- ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิตหรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับบริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
- ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิตหรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัยหรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
- ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่?
 ใช้ในอาชีพหรือใช้สำหรับเดินทางเป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่
- ผู้เอาประกันภัยดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่?
 เป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่

ตารางแผนความคุ้มครองผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัย

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 100,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	100,000	100,000	25,000	100,000
ทุพพลภาพถาวร	200,000	200,000	50,000	200,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	100,000	25,000	100,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	100,000	25,000	100,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 200,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	200,000	200,000	50,000	200,000
ทุพพลภาพถาวร	400,000	400,000	100,000	400,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	200,000	200,000	50,000	200,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	200,000	200,000	50,000	200,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 300,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	300,000	300,000	75,000	300,000
ทุพพลภาพถาวร	600,000	600,000	150,000	600,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	300,000	300,000	75,000	300,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	300,000	300,000	75,000	300,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 400,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	400,000	400,000	100,000	400,000
ทุพพลภาพถาวร	800,000	800,000	200,000	800,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	400,000	400,000	100,000	400,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	400,000	400,000	100,000	400,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 500,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	500,000	500,000	125,000	500,000
ทุพพลภาพถาวร	1,000,000	1,000,000	250,000	1,000,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	500,000	500,000	125,000	500,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	500,000	500,000	125,000	500,000

ข้อความยืนยันก้อยกลงในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัย การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้กับ บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือองค์กรอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ และสำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการรับประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

การแสดงความประสงค์การใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษี

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่

ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าผู้สมัครเป็นลูกจ้างของบริษัท
(ประทับตราชื่อบริษัท/นายจ้าง)

นายจ้าง

ตำแหน่ง

(.....)

.....

(.....)

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

วันที่..... เดือน..... ปี

การประกันภัยโดยตรง

ตัวแทนประกันวินาศภัย

นายหน้าประกันวินาศภัย

.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองโดย

ชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....

ใบอนุญาตเลขที่.....

วันที่..... เดือน..... ปี

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ท่านสามารถอ่านนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ www.aig.co.th/privacy-policy

การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลัก เกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

.....

ไม่ยินยอม

.....

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรม สรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

.....

ไม่มีความประสงค์

.....

ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(.....)

เอกสารแนบ ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม “แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน”

- อายุรับประกัน : ผู้เอาประกันภัย/พนักงาน ต้องมีอายุระหว่าง 18 - 65 ปีบริบูรณ์ / คู่สมรสต้องมีอายุระหว่าง 16 - 65 ปีบริบูรณ์ / บิดาและมารดาต้องมีอายุไม่เกิน 72 ปีบริบูรณ์ และบุตรต้องมีอายุระหว่าง 1 - 18 ปีบริบูรณ์ สามารถขยายได้ถึง 23 ปีบริบูรณ์ (ในกรณีที่เป็นนักศึกษาแบบเต็มเวลา)
- ความคุ้มครอง : ให้ความคุ้มครองต่ออุบัติเหตุทุกชนิดตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก ไม่ว่าจะอยู่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ การเดินทางท่องเที่ยว การเล่น กีฬาเพื่อออกกำลังกาย การเดินทางทางบก ทางน้ำ และทางอากาศในฐานะเป็นผู้โดยสารบนเครื่องบิน พาณิชยกรรม รวมถึงการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ การฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย
- ข้อยกเว้น : ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยธรรมดา การติดเชื้อโรคที่มีได้เกิดจากอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย การกระทำอาชญากรรม ภัยสงคราม การจลาจล และนัดหยุดงาน การทะเลาะวิวาท และการกระทำขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษ และข้อยกเว้นตามมาตรฐานทั่วไปที่ระบุในกรมธรรม์ประกันภัย

หมายเหตุ :

1. ส่งเอกสารใบสมัครที่สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์จำกัด ภายในวันที่ 20 กันยายน 2565
2. หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามข้อมูลใดๆ ติดต่อ คุณสมชาย ประทุมสุวรรณ โทร 02-6491049, 081-6515209 หรือ Email: somchai_patum@hotmail.com
3. ต้องการอกใบสมัคร 1 คน : 1 ชุด
4. แผนประกันภัยจะต้องเลือกซื้อแผนเดียวกันเท่านั้น จะ เลือกข้ามแผนไม่ได้



บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรณ์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน 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 บมจ./ Business Registration No. 0107554000283 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0107554000283

บิดา

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม "แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน"

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย : สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด
ชื่อพนักงาน วันที่เข้าทำงาน

ตำแหน่ง.....

ผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นางสาว/นาง/อื่น ๆ (ระบุ)..... ชื่อ..... นามสกุล.....

วันเดือนปีเกิด อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

สถานภาพ โสด สมรส อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ อีเมล

กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยของสมาชิกในครอบครัวของพนักงาน โปรดระบุ
 คู่สมรส บุตร อื่น ๆ (โปรดระบุ) บิดา

ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์

ที่อยู่

ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์

ที่อยู่

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (รายละเอียดแสดงในหน้าตารางผลประโยชน์และอัตราเบี้ยประกันภัย)

แผนความคุ้มครอง	เบี้ยประกันภัยต่อปี				
	ทุน 100,000 บาท	ทุน 200,000 บาท	ทุน 300,000 บาท	ทุน 400,000 บาท	ทุน 500,000 บาท
แผน 1 เฉพาะผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 525
แผน 2 ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส (ฟรีบุตร 3 คน)	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 3 ผู้เอาประกันภัยและบิดา	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 4 ผู้เอาประกันภัยและมารดา	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 5 ผู้เอาประกันภัยและบิดา มารดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 6 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และบิดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 7 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และมารดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 8 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และบิดา มารดา	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,680	<input type="checkbox"/> 2,100

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)
ชำระเป็น รายปี รายเดือน เดือนละ บาท

รายละเอียดเพิ่มเติมของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิตหรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับบริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิตหรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัยหรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
3. ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่?
 ใช้ในอาชีพหรือใช้สำหรับเดินทางเป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่
4. ผู้เอาประกันภัยดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่?
 เป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่

ตารางแผนความคุ้มครองผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัย

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 100,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	100,000	100,000	25,000	100,000
ทุพพลภาพถาวร	200,000	200,000	50,000	200,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	100,000	25,000	100,000
อุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	100,000	25,000	100,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 200,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	200,000	200,000	50,000	200,000
ทุพพลภาพถาวร	400,000	400,000	100,000	400,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	200,000	200,000	50,000	200,000
อุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	200,000	200,000	50,000	200,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 300,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	300,000	300,000	75,000	300,000
ทุพพลภาพถาวร	600,000	600,000	150,000	600,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	300,000	300,000	75,000	300,000
อุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	300,000	300,000	75,000	300,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 400,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	400,000	400,000	100,000	400,000
ทุพพลภาพถาวร	800,000	800,000	200,000	800,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	400,000	400,000	100,000	400,000
อุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	400,000	400,000	100,000	400,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 500,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	500,000	500,000	125,000	500,000
ทุพพลภาพถาวร	1,000,000	1,000,000	250,000	1,000,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	500,000	500,000	125,000	500,000
อุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	500,000	500,000	125,000	500,000

ข้อความยืนยันภัยแลงในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัย การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงภัยแลงที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้กับ บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือองค์กรอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ และสำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการรับประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

การแสดงความประสงค์การใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษี

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่
- ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าผู้สมัครเป็นลูกจ้างของบริษัท
(ประทับตราชื่อบริษัท/นายจ้าง)

นายจ้าง
ตำแหน่ง
(.....)

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
วันที่..... เดือน..... ปี

- การประกันภัยโดยตรง
- ตัวแทนประกันวินาศภัย
- นายหน้าประกันวินาศภัย

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ชื่อตัวแทนนายหน้า.....
ใบอนุญาตเลขที่.....

วันที่..... เดือน..... ปี

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ท่านสามารถอ่านนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ www.aig.co.th/privacy-policy

การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลัก เกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

ไม่ยินยอม

.....
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรม สรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

.....
ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(.....)

เอกสารแนบ ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม “แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน”

- อายุรับประกัน : ผู้เอาประกันภัย/พนักงาน ต้องมีอายุระหว่าง 18 - 65 ปีบริบูรณ์ / คู่สมรสต้องมีอายุระหว่าง 16 - 65 ปีบริบูรณ์ / บิดาและมารดาต้องมีอายุไม่เกิน 72 ปีบริบูรณ์ และบุตรต้องมีอายุระหว่าง 1 - 18 ปีบริบูรณ์ สามารถขยายได้ถึง 23 ปีบริบูรณ์ (ในกรณีที่เป็นนักศึกษาแบบเต็มเวลา)
- ความคุ้มครอง : ให้ความคุ้มครองต่ออุบัติเหตุทุกชนิดตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก ไม่ว่าจะอยู่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ การเดินทางท่องเที่ยว การเล่น กีฬาเพื่อออกกำลังกาย การเดินทางทางบก ทางน้ำ และทางอากาศในฐานะเป็นผู้โดยสารบนเครื่องบิน พาณิชย์ รวมถึงการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ การฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย
- ข้อยกเว้น : ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยธรรมดา การติดเชื้อโรคที่มีได้เกิดจากอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย การกระทำอาชญากรรม ภัยสงคราม การจลาจล และนัดหยุดงาน การทะเลาะวิวาท และการกระทำขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษ และข้อยกเว้นตามมาตรฐานทั่วไปที่ระบุในกรมธรรม์ประกันภัย

หมายเหตุ :

1. ส่งเอกสารใบสมัครที่สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์จำกัด ภายในวันที่ 20 กันยายน 2565
2. หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามข้อมูลใดๆ ติดต่อ คุณสมชาย ประทุมสุวรรณ โทร 02-6491049, 081-6515209 หรือ Email: somchai_patum@hotmail.com
3. ต้องกรอกใบสมัคร 1 คน : 1 ชุด
4. แผนประกันภัยจะต้องเลือกชื่อแผนเดียวกันเท่านั้น จะ เลือกข้ามแผนไม่ได้



บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
AIG Insurance (Thailand) Public Company Limited

มารดา

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรณ์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน 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

ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม "แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน"

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย : สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด

ชื่อพนักงาน วันที่เข้าทำงาน

ตำแหน่ง.....

ผู้ขอเอาประกันภัย (นาย/นางสาว/นาง/อื่น ๆ (ระบุ)..... ชื่อ..... นามสกุล.....

วันเดือนปีเกิด อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.

สถานภาพ โสด สมรส อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ที่อยู่ปัจจุบัน

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน โทรศัพท์

โทรศัพท์มือถือ อีเมล

กรณีที่เป็นใบคำขอเอาประกันภัยของสมาชิกในครอบครัวของพนักงาน โปรดระบุ

คู่สมรส บุตร อื่น ๆ (โปรดระบุ) มารดา

ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์

ที่อยู่

ชื่อผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์

ที่อยู่

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง (รายละเอียดแสดงในหน้าตารางผลประโยชน์และอัตราเบี้ยประกันภัย)

แผนความคุ้มครอง	เบี้ยประกันภัยต่อปี				
	ทุน 100,000 บาท	ทุน 200,000 บาท	ทุน 300,000 บาท	ทุน 400,000 บาท	ทุน 500,000 บาท
แผน 1 เฉพาะผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 525
แผน 2 ผู้เอาประกันภัยและคู่สมรส (ฟรีบุตร 3 คน)	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 3 ผู้เอาประกันภัยและบิดา	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 4 ผู้เอาประกันภัยและมารดา	<input type="checkbox"/> 210	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 630	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,050
แผน 5 ผู้เอาประกันภัยและบิดา มารดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 6 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และบิดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 7 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และมารดา	<input type="checkbox"/> 315	<input type="checkbox"/> 530	<input type="checkbox"/> 945	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,575
แผน 8 ผู้เอาประกันภัย คู่สมรส บุตร และบิดา มารดา	<input type="checkbox"/> 420	<input type="checkbox"/> 840	<input type="checkbox"/> 1,260	<input type="checkbox"/> 1,680	<input type="checkbox"/> 2,100

รวมเบี้ยประกันภัยที่ต้องชำระ บาท (รวมอากรแสตมป์และภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)

ชำระเป็น รายปี รายเดือน เดือนละ บาท

รายละเอียดเพิ่มเติมของผู้ขอเอาประกันภัย

- ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิตหรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล ไว้กับบริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
- ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิตหรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัยหรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยสำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?
 ไม่เคย/ไม่มี เคย/มี บริษัท..... เงินเอาประกันภัย (บาท).....
- ท่านขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่?
 ใช้ในอาชีพหรือใช้สำหรับเดินทางเป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่
- ผู้เอาประกันภัยดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่?
 เป็นประจำ เป็นครั้งคราว ไม่

ตารางแผนความคุ้มครองผลประโยชน์และเบี้ยประกันภัย

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 100,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	100,000	100,000	25,000	100,000
ทุพพลภาพถาวร	200,000	200,000	50,000	200,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	100,000	100,000	25,000	100,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	100,000	25,000	100,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 200,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	200,000	200,000	50,000	200,000
ทุพพลภาพถาวร	400,000	400,000	100,000	400,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	200,000	200,000	50,000	200,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	200,000	200,000	50,000	200,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 300,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	300,000	300,000	75,000	300,000
ทุพพลภาพถาวร	600,000	600,000	150,000	600,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	300,000	300,000	75,000	300,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	300,000	300,000	75,000	300,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 400,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	400,000	400,000	100,000	400,000
ทุพพลภาพถาวร	800,000	800,000	200,000	800,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	400,000	400,000	100,000	400,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	400,000	400,000	100,000	400,000

ความคุ้มครอง ทุนประกัน 500,000 บาท				
ความคุ้มครอง	พนักงาน	คู่สมรส	บุตร/คน	บิดา มารดา/คน
การเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะ	500,000	500,000	125,000	500,000
ทุพพลภาพถาวร	1,000,000	1,000,000	250,000	1,000,000
การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย	500,000	500,000	125,000	500,000
อุบัติเหตุขณะขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	500,000	500,000	125,000	500,000

ข้อความยินยอมที่ถ้อยแถลงในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัย การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากรายละเอียดของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือบอกเลิกสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้กับ บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ในการร้องขอหรือทราบข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสุขภาพร่างกายของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือองค์กรอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ และสำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

บริษัทมีสิทธิตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเท่าที่จำเป็นกับการรับประกันภัยนี้ และมีสิทธิทำการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็นและไม่เป็นการขัดต่อกฎหมาย โดยค่าใช้จ่ายของบริษัท

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่ยินยอมให้บริษัทตรวจสอบประวัติการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยของผู้เอาประกันภัยเพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนนั้น บริษัทอาจปฏิเสธความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้แก่ผู้เอาประกันภัยได้

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

การแสดงความประสงค์การใช้สิทธิประโยชน์ทางภาษี

ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

- มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่
- ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าผู้สมัครเป็นลูกจ้างของบริษัท
(ประทับตราชื่อบริษัท/นายจ้าง)

นายจ้าง
ตำแหน่ง
(.....)

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
วันที่..... เดือน..... ปี

- การประกันภัยโดยตรง
- ตัวแทนประกันวินาศภัย
- นายหน้าประกันวินาศภัย

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ชื่อตัวแทนนายหน้า.....
ใบอนุญาตเลขที่.....

วันที่..... เดือน..... ปี

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จจะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกกล่าวสัญญาประกันภัยตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ท่านสามารถอ่านนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่ www.aig.co.th/privacy-policy

การใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ยินยอมให้ส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลัก เกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

ไม่ยินยอม

.....
ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย
(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยประสงค์ใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้หรือไม่

มีความประสงค์และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรม สรรพากรกำหนด โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากรเลขที่.....

ไม่มีความประสงค์

.....
ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
(.....)

**เอกสารแนบ ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม “แผนสวัสดิการคุ้มครองพนักงาน”**

- อายุรับประกัน :** ผู้เอาประกันภัย/พนักงาน ต้องมีอายุระหว่าง 18 - 65 ปีบริบูรณ์ / คู่สมรสต้องมีอายุระหว่าง 16 - 65 ปีบริบูรณ์ / บิดาและมารดาต้องมีอายุไม่เกิน 72 ปีบริบูรณ์ และบุตรต้องมีอายุระหว่าง 1 - 18 ปีบริบูรณ์ สามารถขยายได้ถึง 23 ปีบริบูรณ์ (ในกรณีที่เป็นนักศึกษาแบบเต็มเวลา)
- ความคุ้มครอง :** ให้ความคุ้มครองต่ออุบัติเหตุทุกชนิดตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก ไม่ว่าจะอยู่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ การเดินทางท่องเที่ยว การเล่น กีฬาเพื่อออกกำลังกาย การเดินทางทางบก ทางน้ำ และทางอากาศในฐานะเป็นผู้โดยสารบนเครื่องบิน พาณิชยกรรม รวมถึงการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ การฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย
- ข้อยกเว้น :** ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยธรรมดา การติดเชื้อโรคที่มีได้เกิดจากอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย การกระทำอาชญากรรม ภัยสงคราม การจลาจล และนัดหยุดงาน การทะเลาะวิวาท และการกระทำขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษ และข้อยกเว้นตามมาตรฐานทั่วไปที่ระบุในกรมธรรม์ประกันภัย

หมายเหตุ :

1. ส่งเอกสารใบสมัครที่สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์จำกัด ภายในวันที่ 20 กันยายน 2565
2. หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามข้อมูลใดๆ ติดต่อ คุณสมชาย ประทุมสุวรรณ โทร 02-6491049, 081-6515209 หรือ Email: somchai_patum@hotmail.com
3. ต้องกรอกใบสมัคร 1 คน : 1 ชุด
4. แผนประกันภัยจะต้องเลือกซื้อแผนเดียวกันเท่านั้น จะ เลือกข้ามแผนไม่ได้