

สวัสดิการเสริมความคุ้มครองอุบัติเหตุ
สำหรับสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ กระทรวง
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จำกัด
และครอบครัว

แถมความคุ้มครองบุตรฟรี 3 คน (ในกรณีคุ้มครองคู่สมรส)

มีแผนความคุ้มครอง บิดา, มารดา

มีบัตรเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเอกชนกว่า 250 โรงพยาบาล

มีค่าชดเชยรายได้ วันละ 700 บาท

เบี้ยประกันเริ่มต้นเพียงวันละ 3 บาท

ชำระเบี้ยประกันรายเดือน โดยสหกรณ์ฯ เป็นผู้ดำเนินการ

***** สามารถนำเบี้ยประกันภัยไปลดหย่อนภาษีได้ *****

หมายเหตุ กรุณาอ่านเงื่อนไขความคุ้มครอง อายุของผู้เอาประกันในใบสมัคร
มีบัตรเข้าโรงพยาบาลเฉพาะผู้เอาประกัน และคู่สมรส

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

คุณสมชาย ประทุมสุวรรณ

เบอร์โทรศัพท์ 08-1651-5209

E-Mail : somchai_patum@hotmail.com



ใบสมัครแผนประกันอุบัติเหตุ

สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ข้าพเจ้า นาย / นาง / น.ส. นามสกุล วัน/เดือน/ปีพ.ศเกิด/...../.....
 อายุ ปี เลขที่บัตรประชาชน สถานที่จัดส่งเอกสาร เลขที่.....
 หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร.....ซอย.....ถนน.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์
 โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ

ผู้รับผลประโยชน์ความสัมพันธ์.....

กรณารอกชื่อคู่สมรสและบุตร ในกรณีเลือกขยายความคุ้มครองให้คู่สมรสและบุตร (แผน 2 และ แผน 4)

ชื่อ -นามสกุลคู่สมรส วัน/เดือน/ปีพ.ศเกิด/...../..... อายุ ปี
 ชื่อ-นามสกุลบุตร..... วัน/เดือน/ปีพ.ศเกิด/...../..... อายุ ปี
 ชื่อ-นามสกุลบุตร..... วัน/เดือน/ปีพ.ศเกิด/...../..... อายุ ปี
 ชื่อ-นามสกุลบุตร..... วัน/เดือน/ปีพ.ศเกิด/...../..... อายุ ปี

กรณารอกชื่อบิดาและมารดา ในกรณีเลือกขยายความคุ้มครองให้บิดาและมารดา (แผน 3 และ แผน 4)

ชื่อ-นามสกุลบิดา..... วัน/เดือน/ปีพ.ศเกิด/...../..... อายุ ปี
 ชื่อ-นามสกุลมารดา..... วัน/เดือน/ปีพ.ศเกิด/...../..... อายุ ปี

หมายเหตุ : ผู้เอาประกันต้องมีอายุระหว่าง 18 –65 ปีบริบูรณ์ / คู่สมรสต้องมีอายุระหว่าง 18 – 65 ปีบริบูรณ์ / บิดาและมารดาต้องมีอายุจำกัดไม่เกิน 72 ปีบริบูรณ์ และ บุตรต้องมีอายุระหว่าง 1 – 19 ปีบริบูรณ์ สามารถขยายได้ถึง 23 ปีบริบูรณ์ (ในกรณีเป็นนักศึกษาแบบเต็มเวลา)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะเลือกแผนความคุ้มครอง (กรณาทำเครื่องหมาย / ลงช่องความคุ้มครองที่ต้องการ)

แผนความคุ้มครอง	เบี้ยประกันภัยต่อเดือน		
	ทุน 200,000 บาท	ทุน 300,000 บาท	ทุน 500,000 บาท
แผน 1 เฉพาะสมาชิก	0 90	0 120	0 180
แผน 2 สมาชิก และคู่สมรส (ฟรีบุตร 3 คน)	0 180	0 240	0 360
แผน 3 สมาชิก และบิดา+มารดา	0 170	0 230	0 350
แผน 4 สมาชิก คู่สมรส บุตร และบิดา+มารดา	0 260	0 350	0 530
ผลประโยชน์ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลรายวัน เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ในฐานะผู้ป่วยใน กรณีเกิดอุบัติเหตุ ค่าชดเชย 700 บาท / วัน	<input type="radio"/> เฉพาะสมาชิก 50 บาท / เดือน		
	<input type="radio"/> สมาชิกและคู่สมรส 100 บาท / เดือน		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าค่าแถลงตามรายการข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับ บริษัท นิวแอสพ์เชอร์ อินชัวร์นส์ และขอให้ความยินยอมให้บริษัทซึ่งเป็นนายจ้างของข้าพเจ้า ทำการหักค่าเบี้ยประกันจากบัญชีเงินเดือนของข้าพเจ้าเป็นประจำทุกเดือน เพื่อชำระค่าเบี้ยประกันเป็นรายเดือน เดือนละ บาท ให้แก่บริษัท นิวแอสพ์เชอร์ อินชัวร์นส์ จนกว่าข้าพเจ้าจะขอยกเลิกให้ความยินยอมดังกล่าว เป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งส่งบัตร MEMBER CARD มาที่บริษัท นิวแอสพ์เชอร์ อินชัวร์นส์

ลายมือชื่อผู้ขาย

ลายมือชื่อผู้เอาประกัน

วัน/เดือน/ปีพ.ศ.ที่สมัครทำประกัน

ค่าเดือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ตารางความคุ้มครองแผนประกันอุบัติเหตุสหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ทุนประกัน 200,000 บาท

ความคุ้มครอง	สมาชิก	คู่สมรส	บุตร /คน	บิดา มารดา /คน
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และสูญเสียชีวิต	200,000	200,000	50,000	100,000
ทุพพลภาพถาวร	400,000	400,000	100,000	200,000
ถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย	200,000	200,000	50,000	100,000
อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	200,000	200,000	50,000	100,000
ค่ารักษาพยาบาล	20,000	20,000	5,000	10,000

ทุนประกัน 300,000 บาท

ความคุ้มครอง	ผู้เอาประกัน	คู่สมรส	บุตร /คน	บิดา มารดา /คน
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และสูญเสียชีวิต	300,000	300,000	75,000	150,000
ทุพพลภาพถาวร	600,000	600,000	150,000	300,000
ถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย	300,000	300,000	75,000	150,000
อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	300,000	300,000	75,000	150,000
ค่ารักษาพยาบาล	30,000	30,000	7,500	15,000

ทุนประกัน 500,000 บาท

ความคุ้มครอง	ผู้เอาประกัน	คู่สมรส	บุตร /คน	บิดา มารดา /คน
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และสูญเสียชีวิต	500,000	500,000	125,000	250,000
ทุพพลภาพถาวร	1,000,000	1,000,000	250,000	500,000
ถูกฆาตกรรม ลอบทำร้าย	500,000	500,000	125,000	250,000
อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	500,000	500,000	125,000	250,000
ค่ารักษาพยาบาล	50,000	50,000	12,500	25,000

หมายเหตุ : : MEMBER CARD มีให้เฉพาะสมาชิกและคู่สมรส เท่านั้น (กรณีเลือกแผนคุ้มครองคู่สมรส)

แผนค่าชดเชยรายได้ ระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ

สมาชิกสามารถเลือกซื้อได้โดยชำระค่าเบี้ยประกันเพิ่มตามตาราง	HIP 700
แผน 1 เฉพาะสมาชิก	50 บาท
แผน 2 สมาชิก และคู่สมรส	100 บาท

หมายเหตุ :

- ผู้สมัครต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ฯ และสมาชิกต้องเลือกแผนคุ้มครองหลักก่อน จึงสามารถซื้อแผนชดเชยรายได้
- การสมัครให้ส่งใบสมัครที่ สหกรณ์ฯ หรือ ผู้ประสานงานโครงการของท่าน
- ผู้ประสานงานโครงการ **คุณสมชาย ประทุมสุวรรณ 081-651-5209 , 02-649-1049**

ความคุ้มครอง

ให้ความคุ้มครองต่ออุบัติเหตุทุกชนิดตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก ไม่ว่าจะอยู่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ การเดินทางท่องเที่ยว การเล่นกีฬาเพื่อออกกำลังกายการเดินทางทางบก ทางน้ำและทางอากาศในฐานะเป็นผู้โดยสารบนเครื่องบินพาณิชย์ รวมถึงการขับขี่และซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ การถูกฆาตกรรมและการถูกลอบทำร้าย

ข้อยกเว้น

ไม่คุ้มครองการเจ็บป่วยธรรมดา การติดเชื้อโรคที่มีได้เกิดจากอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย การกระทำอาชญากรรม ภัยสงคราม การจลาจล และ นัดหยุดงาน การทะเลาะวิวาท และการกระทำขณะตกอยู่ใต้อำนาจ ของสุราหรือยาเสพติด

รับประกันภัยโดย

บริษัท นิวแอมป์เชอร์ อินชัวร์นส์
ชั้น 21-23 อาคารสยามทาวเวอร์
เลขที่ 989 ถ.พระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร.02-649-1322 โทรสาร.02-649-1322



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

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรณหิวเวอร์ 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 และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนดไปรตระนุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (เลขบัตรประชาชน)

ไม่มีความประสงค์ (หากท่านไม่ประสงค์ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ ท่านไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูลในเอกสารสำหรับผู้ขอเอาประกันในหน้าถัดไป)

ผู้ขอเอาประกันภัย (สมาชิก) ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนดไปรตระนุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร

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

ไม่ยินยอม

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย 1 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย 2 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย 3

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

หมายเหตุ ผู้ขอเอาประกันภัย หมายถึง ผู้ที่มีชื่อระบุเป็นผู้เอาประกันภัยดังปรากฏในหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัยกรณีใช้สิทธิขอยกเว้นภาษี สำหรับสามี/ภริยา จะต้องจดทะเบียนตามกฎหมายเท่านั้น กรณีใช้สิทธิขอยกเว้นภาษี สำหรับ บิดามารดาของ สามี/ภริยา ต้องเป็นสามี/ภริยา ที่จดทะเบียนตามกฎหมายเท่านั้น

ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

(.....)
 (.....)
 ตนเอง



สิทธิพิเศษจากการใช้บัตร PA Privileged Card กับสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

• ใช้แทนเงินสดในกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ โดยผู้เอาประกันภัยไม่ต้องสำรองเงินสดจ่ายไปก่อน ภายในวงเงินที่ระบุไว้ในบัตรฯ ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง

รายชื่อสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ “บัตรสิทธิพิเศษ PA Privileged Card”

Table with 8 columns: Hospital Name, Phone Number, Address, Hospital Name, Phone Number, Address, Hospital Name, Phone Number. It lists various hospitals across different provinces in Thailand, including Bangkok, Ayutthaya, Nakhon Phanom, and others.