

**แผนประกันอุบัติเหตุพิเศษทั้งครอบครัว  
สำหรับ  
สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด**

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

\*\*\*\*\* **หมายเหตุ**

- \* กรุณาอ่านเงื่อนไขความคุ้มครอง, การกำหนดอายุของผู้เอาประกัน และข้อยกเว้น
- \* ในกรณีเลือกทำประกันคุ้มครองทั้งครอบครัวจะต้องทำทุนประกันที่เท่ากันเท่านั้น
- \* ส่งใบสมัครได้ที่สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรฯ คุ้มครอง 2 รอบ  
รอบที่ 1 คุ้มครอง 1 พฤศจิกายน 2567 (ส่งใบสมัครก่อนวันที่ 15 ตุลาคม 2567)  
รอบที่ 2 คุ้มครอง 1 ธันวาคม 2567 (ส่งใบสมัครก่อนวันที่ 15 พฤศจิกายน 2567)
- \* สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ คุณสมชาย ประทุมสุวรรณ (0816515209)

**แบบฟอร์มสมัครใหม่ประกันอุบัติเหตุ**

**สิทธิออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด (รายปี)**



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

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

**กรณารอกชื่อคู่สมรส , บุตร, ชื่อบิดา มารดา ในกรณีชื่อความคุ้มครองเพิ่มเติม (ตามเงื่อนไขที่กำหนด)**

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

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

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

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

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

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

(\* กรณีชื่อความคุ้มครองคู่สมรสและบุตร ผู้รับผลประโยชน์คือตัวท่านเอง

**หมายเหตุ ::**

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

**ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะเลือกแผนความคุ้มครอง ( กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงช่องความคุ้มครองที่ต้องการ )**

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

**ความคุ้มครอง**

ให้ความคุ้มครองต่ออุบัติเหตุทุกชนิดตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก ไม่ว่าจะอยู่ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ การเดินทางท่องเที่ยว การเล่นกีฬาเพื่อออกกำลังกาย การเดินทางทางบก ทางน้ำและทางอากาศในฐานะเป็นผู้โดยสารบนเครื่องบินพาณิชย์ รวมถึงการขับขี่และซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ การถูกฆาตกรรมและการถูกลอบทำร้าย

**ข้อยกเว้น**

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

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

.....  
ลายมือชื่อผู้เอาประกัน

.....  
วัน/เดือน/ปีพ.ศ.ที่สมัครทำประกัน

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

**ตารางความคุ้มครองแผนประกันอุบัติเหตุ สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด (รายปี)**

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

หมายเหตุ :: ส่งเอกสารใบสมัครได้ที่ สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำกัด

หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามข้อมูลใดๆ ติดต่อ คุณ สมชาย ประทุมสุวรรณ โทร 02-649-1049 , 081-651-5209  
Email :: somchai\_patum@hotmail.com

**รับประกันภัยโดย**

บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

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

ทะเบียนเลขที่ บมจ. | เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร : 0107554000283



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

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพวรวอร์ชเฮาส์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
Head Office, 21<sup>st</sup> - 23<sup>rd</sup> Floor, Siam Pivat 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 ..... ประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรจากกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ ..... หรือไม่

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด ไปรณเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ..... (เลขบัตรประชาชน)

ช่องทางการรับเอกสาร ไปรณเลขอีเมล : .....

ไม่มีความประสงค์ (หากท่านไม่ประสงค์ใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ ท่านไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูลในเอกสารสำหรับผู้ขอเอาประกันในหน้าถัดไป)

**ผู้ขอเอาประกันภัย** (สมาชิก) ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยต่อกรมสรรพากรเพื่อการขอใช้สิทธิยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

ยินยอมให้บริษัทส่งและเปิดเผยข้อมูลของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ เพื่อการใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากรตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด ไปรณเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร

1. เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ..... (คู่สมรส)

2. เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ..... (บิดา)

3. เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ..... (มารดา)

ไม่ยินยอม

ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย 1    ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย 2    ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย 3

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

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

ลงลายมือชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

( ..... )  
ตนเอง