



ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ
 เลขที่รับ... มคอ
 วันที่รับ... 23 ก.ย. 2556
 เวลา... ๐๙.๒๕ น.

สำนักจัดการทรัพยากรป่าไม้ที่ ๓
 สาขาแพร่
 เลขที่รับ... ๑๕๗/๕๕
 วันที่... ๒๐ ก.ย. ๒๕๕๖
 เวลา... ๑๖.๑๖ น.

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมป่าไม้ สำนักบริหารกลาง โทร. ๐ ๒๕๖๑ ๔๒๙๒-๓ ต่อ ๕๐๑๕

ที่ ทส ๑๖๐๑.๒/ว ๑๖๕๐๘ วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตประชาสัมพันธ์/ชี้แจงแผนการออม/และรับสมาชิกเพิ่ม
 “โครงการประกันชีวิตกลุ่มแบบสมัครใจ (GLV)”

หน้าห้อง ศอ.ตงป.ที่ ๓
 สาขาแพร่
 เลขที่รับ... ๕๐๕๓/
 วันที่ ๔ ก.ย. ๒๕๕๖
 เวลา ๑๐.๕๐ น.

- เรียน รองอธิบดีกรมป่าไม้ทุกท่าน
 ผู้ตรวจราชการกรมป่าไม้ทุกท่าน
 ผู้อำนวยการสำนักทุกสำนัก
 ผู้อำนวยการสำนักจัดการทรัพยากรป่าไม้ที่ ๑-๑๓
 ผู้อำนวยการสำนักจัดการทรัพยากรป่าไม้สาขาทุกสาขา
 ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร
 หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบภายใน

กรมป่าไม้ขอส่งสำเนาหนังสือ บริษัท เอ ไอ เอ จำกัด ที่ BLT ๑๑๔/PV กรมป่าไม้
 ๑๕๕๖ - ๐๓ ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๕๖ เรื่อง ขออนุญาตประชาสัมพันธ์/ชี้แจงแผนการออม /และ
 รับสมาชิกเพิ่ม “โครงการประกันชีวิตกลุ่มแบบสมัครใจ (GLV)” มาเพื่อโปรดทราบแล้วประชาสัมพันธ์
 โครงการดังกล่าวด้วย หากมีผู้สนใจขอให้หน่วยงานรวบรวมแจ้งกรมป่าไม้เพื่อดำเนินการต่อไป

ส่วนอำนาจการ

- ฝ่ายบริหารงานทั่วไป
- ฝ่ายการเงินและบัญชี
- ฝ่ายพัสดุ
- ฝ่ายแผนงานและสารสนเทศ

(นายประยุทธ์ หล่อสุวรรณศิริ)
 รองอธิบดี รักษาการกรม
 อธิบดีกรมป่าไม้

เรียน. ศอ.ตง. ทป. ที่ ม. สบ.แพร่.

-เพื่อโปรดทราบ.

- ประชาสัมพันธ์ / ชี้แจงแผนการออม / และรับสมาชิกเพิ่ม.

โครงการประกันชีวิตกลุ่มแบบสมัครใจ (GLV) นี้.

- เน้นส่งเสริม ทั้งทุกส่วน. นรพ. ต่อไป.

(นายพฤษกร เตชะวัฒนาบวร)

ผู้อำนวยการส่วนอำนาจการ รักษาการกรม
 ผู้อำนวยการสำนักจัดการทรัพยากรป่าไม้ที่ ๓ สาขาแพร่

(นายวิฑูรย์ โตหนึ่ง)
 เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป
 24 ก.ย 2556

(นายประยูร พันธสถา)
 นักวิชาการป่าไม้ชำนาญการ

ภาคปลัดตั้งที่ 114 รหัสหน่วย 06290

ห้อง 2506-7 ชั้น 25 เลขที่ 182 ถนนสุรวงศ์ สีลม บางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทร. 0-2344-3333 ต่อ 212506-7, 212556-7 สายตรงโทร. 0-2236-8078 โทรสาร. 0-2236-8079

มือถือ 081-8195420, 085-8413617

E-mail address : takra114@hotmail.com

39087
.....
.....
.....

BLT 114 / PV กรมป่าไม้ 2556 - 03

วันที่ 30 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขออนุญาตประชาสัมพันธ์ /ชี้แจงแผนการออม / และรับสมัครเพิ่ม

ส่วนการคลัง
เลขที่รับ..... ๓๘๔๐

“โครงการประกันชีวิตกลุ่มแบบสมัครใจ (GLV)”

วันที่รับ..... ๒๒ ก.ย. ๒๕๕๖

เรียน อธิบดี กรมป่าไม้

ฝ่ายสวัสดิการ

เวลา.....

อ้างถึง กรมธรรม์เลขที่ GL 30636

เลขที่รับ..... ๖๒๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย

วันที่รับ..... 2 ก.ย. 2556

เวลา.....

1. เอกสาร /ตารางผลประโยชน์ และใบสมัคร “โครงการประกันชีวิตกลุ่มแบบสมัครใจ (โครงการสวัสดิการกองทุนมรดกเงินแสน) (GL)” ของสมาชิกหลักและคู่สมรส
2. ใบยินยอมการหักเงินเดือนเพื่อชำระเบี้ยประกัน
3. รูปถ่ายการมอบเช็คสินไหม
4. หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มผ่านบัญชีธนาคาร

ในโอกาสครบรอบปีกรมธรรม์ของ “โครงการสะสมทรัพย์ครบเกษียณอายุ(GSE)” ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2556 นี้ บริษัทฯ จะเปิดรับสมัครสมาชิกเพิ่ม ข้าพเจ้าใคร่ขออนุญาตดำเนินการประชาสัมพันธ์ชี้แจงรายละเอียด และรับสมัครเพิ่มควบคู่กับ “โครงการประกันชีวิตกลุ่ม (โครงการสวัสดิการกองทุนมรดกเงินแสน) (GLV)” ซึ่งเป็นโครงการคุ้มครองชีวิตรวมทั้งประกันอุบัติเหตุและค่าชดเชยรายวันสำหรับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยอัตราเบี้ยประกันภัยต่ำ ในปีที่ผ่านมา บริษัทฯ ได้จ่ายค่าเรียกร้องสินไหมชดเชยสำหรับการนอนรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 16 ราย เป็นจำนวนเงิน 48,200.- บาท (สี่หมื่นแปดพันสองร้อยบาทถ้วน) และสินไหมมรดกกรม 1 ราย จำนวนเงิน 200,000.- บาท (สองแสนบาทถ้วน) ซึ่งครบรอบปีในวันที่ 1 ธันวาคม 2556 ข้าพเจ้าได้รับอนุญาตให้ทำการประชาสัมพันธ์รับสมัครสมาชิกโครงการนี้แต่เพียงผู้เดียว โดยจะเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2556 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม 2556

พร้อมนี้ เพื่อความสะดวกในการขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์(สินไหม)โดยบริษัทจะโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร จึงขอให้สมาชิกทุกรายทั้งสมาชิกเก่า(ที่ยังไม่เคยกรอกเอกสารนี้) และสมาชิกที่สมัครใหม่ทุกราย กรอกรายละเอียดหนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มผ่านบัญชีธนาคารให้ครบถ้วนพร้อมพยาน 1 คน แนบสำเนาหน้าบัญชีธนาคารและเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง สมาชิกใหม่กรุณาส่งมาพร้อมใบสมัคร

...../พร้อมนี้

เอกสารใบสมัครและใบยินยอมของกองคลัง สามารถถ่ายสำเนาได้(พร้อมเซ็นพยาน 2 คน)
จะต้องแนบสำเนาบัตรประชาชน 2 ใบ / การสมัครให้คู่สมรสต้องแนบสำเนาทะเบียนสมรส 2 ใบ
(กรณีไม่จดทะเบียนสมรสจะต้องแนบสำเนาทะเบียนสมรส 2 ใบ) สำเนาเอกสารทุกฉบับต้องเซ็น
ส่งไปรษณีย์ EMS ไปที่.....

คุณพจนา วิศิษฎ์สิน
450 หมู่บ้านชลนิเวศน์ ซอย 6
ถนนประชาชื่น แขวงลาดยาว
เขตจตุจักร กทม.10900

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และ ขอความอนุเคราะห์แจ้งเวียนหน่วยงานในสังกัดด้วย ขอกราบ
ขอบพระคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอ ขอบการเดี๋ย



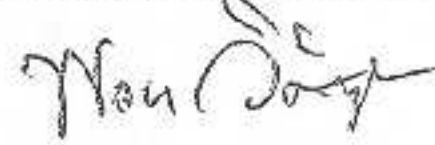
(นายสุชุม นิลศักดิ์)
ผู้อำนวยการสำนักบริหารกลาง
ท.อ.ส.ด.ร.อ.

นางสาวกมล นิมิตต์สินธุ์
ส.ป.ส.อ.ป.ม.ท.อ.อ.อ.อ.อ.อ.
ท.อ.อ.



(นางสาวกมล นิมิตต์สินธุ์)
นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ
ทำหน้าที่ผู้อำนวยการส่วนการคลัง

ขอแสดงความนับถือ



(พจนา วิศิษฎ์สิน)

ผู้ประสานงานโครงการ

ขอแสดงความนับถือ
ดำเนินคดี



๕๓๗ ๕๖



สวัสดิการประกันกลุ่มแบบสมัครใจพร้อมค่ารักษาพยาบาลรายวันในโรงพยาบาล

เบี้ยประกันรายเดือน สำหรับข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้างประจำ และคู่สมรส

“สวัสดิการประกันกลุ่มแบบสมัครใจ อีกหนึ่งทางเลือกของ แบบประกันกลุ่ม” มอบสิทธิพิเศษความคุ้มครองเพิ่มเติมนอกเหนือจากสวัสดิการต่าง ๆ ที่ข้าราชการ หรือพนักงานได้รับจากองค์กรของท่าน โดยให้ผลประโยชน์สูงสุดในการประกันชีวิต ประกันอุบัติเหตุ และค่ารักษาพยาบาลรายวันในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากการสูญเสียรายได้ ด้วยสาเหตุจากการเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุ ที่ให้ความคุ้มครองตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับข้าราชการ พนักงาน และครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง อีกทั้งยังเป็นมรดกตกทอดให้กับทายาท หรือบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งในครอบครัว หรือเป็นทุนการศึกษาให้แก่บุตรหลาน โดยไม่ต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ปลอดภัยหนี้สิน แบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายต่างๆเมื่อรายได้ในครอบครัวต้องขาดหายไปอย่างกะทันหัน อันเนื่องมาจากการสูญเสียผู้หารายได้ไป

“ สละเงิน เพียงประมาณวันละ 3 บาท ก็สามารถเพิ่มความอุ่นใจ และความมั่นใจให้กับท่านและครอบครัว ” ได้ดังนี้

	ผลประโยชน์	แผน 1	แผน 2
1. การเสียชีวิตเนื่องจากการเจ็บป่วยและอื่นๆ	- เสียชีวิตเนื่องจากโรคมะเร็งใช้เจ็บ ตั้งครรภ์ หรือคลอดบุตร - เสียชีวิตเนื่องจาก ใจรั่ว การร้าย ภัยจลาจล หรือภัยสงคราม (ยกเว้นการกระทำอาชญากรรมใน ปีแรกของการทำประกัน)	100,000 100,000	200,000 200,000
2. การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุต่างๆ	- เสียชีวิตขณะอยู่ในลิฟท์ หรือจากการโดยสารในยานสาธารณะ - เสียชีวิตจากไฟไหม้ในโรงแรม รีสอร์ท หรืออาคารสาธารณะ - เสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์ชนกัน หรือเนื่องจากอุบัติเหตุทั่วไป - เสียชีวิตจากการถูกฆาตกรรมหรือลอบทำร้าย - เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ โดยขับขี่หรือซ้อนท้ายรถมอเตอร์ไซด์	300,000 300,000 200,000 200,000 200,000	600,000 600,000 400,000 400,000 400,000
3. การสูญเสียอวัยวะสำคัญเนื่องจากอุบัติเหตุ	- สูญเสีย มือ เท้า หรือตา 2 อย่างรวมกัน - สูญเสีย มือ หรือ เท้า หรือตา ข้างใดข้างหนึ่ง	100,000 60,000	200,000 120,000
4. การทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรเนื่องจากอุบัติเหตุ	การชดเชยทุพพลภาพถาวรเนื่องจากอุบัติเหตุ การทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวรนานติดต่อกัน 12 ถึง 24 เดือน จะจ่ายเงินทดแทน 10% หรือ 90% ของทุนประกัน หากการทุพพลภาพดังกล่าวยังคงต่อเนื่องอยู่	100,000	200,000
5. ค่ารักษาพยาบาลรายวันในโรงพยาบาล	ค่ารักษาพยาบาลรายวันในโรงพยาบาล ชดเชยวันละ (สูงสุด 100 วัน ต่อการเจ็บป่วย หนึ่งครั้ง)	400	600

อัตราเบี้ยประกันรายเดือนต่อเดือนสำหรับข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้างประจำ และ คู่สมรส

อายุ (ปี)	แผนที่ 1 ทุนประกัน 100,000 บาท		แผนที่ 2 ทุนประกัน 200,000 บาท	
	เพศชาย	เพศหญิง	เพศชาย	เพศหญิง
15-39	115	90	210	160
40-49	140	110	260	200
50-59	200	160	380	300

หมายเหตุ : อัตราเบี้ยประกันที่แท้จริงจะขึ้นอยู่กับอายุของผู้เอาประกันภัยครบปีบริบูรณ์ ณ วันที่เริ่มมีผลคุ้มครองตามกรมธรรม์และเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงอายุของผู้เอาประกันภัยตามตารางข้างบน ณ วันครบรอบปีกรมธรรม์ในแต่ละปี ตัวอย่าง เช่น ผู้เอาประกันภัยเป็นเพศหญิง เกิดวันที่ 5 กรกฎาคม 2510 เริ่มสมัครทำประกันในวันที่ 30 มิถุนายน 2550 โดยกรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับในวันที่ 1 สิงหาคม 2550 แสดงว่าอายุของผู้เอาประกันภัยครบปีบริบูรณ์ ณ วันที่กรมธรรม์เริ่มมีผลบังคับคือ 40 ปี 26 วัน ซึ่งจะต้องคิดค่าเบี้ยประกันรายเดือนที่ 110 บาท สำหรับแผน 1

กฎเกณฑ์การพิจารณารับประกัน

คุณสมบัติของกลุ่มที่มีสิทธิสมัครเอาประกัน

- ผลประโยชน์การประกันจะให้ความคุ้มครองแก่ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้างประจำ ที่มีอายุ 15 - 59 ปี ซึ่งปฏิบัติงานเต็มเวลาในวันที่เริ่มมีผลบังคับคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันกลุ่ม (ขยายความคุ้มครองถึงอายุ 60 ปี)
- ผลประโยชน์การประกันจะให้ความคุ้มครองแก่คู่สมรสที่ชอบด้วยกฎหมายของข้าราชการ พนักงาน และลูกจ้างประจำ ที่มีอายุ 15 - 59 ปี
- คู่สมรสที่มีสิทธิเอาประกันจะตั้งสมัครเอาประกันภายใต้แบบแผนเดียวกับข้าราชการ พนักงาน และลูกจ้างประจำ

ระดับชั้นอาชีพ

- ผลประโยชน์การประกันจะให้ความคุ้มครองแก่ธุรกิจที่มีความเสี่ยงไม่เกินระดับ 3
- สำหรับกลุ่มทหาร ตำรวจ ผลประโยชน์การประกันไม่คุ้มครองภัยสงคราม การกบฏ การปฏิวัติ การจลาจล การนัดหยุดงาน การปฏิบัติการของผู้ก่อการร้าย การปฏิบัติหน้าที่เป็นทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัครเข้าร่วมสงครามหรือปราบปรามอาชญากรรม

เบี้ยประกัน

- อัตราเบี้ยประกันจะขึ้นอยู่กับอายุของผู้เอาประกันแต่ละคน ณ วันครบรอบปีกรมธรรม์ของแต่ละปี
- เบี้ยประกันชำระเป็นรายเดือน
- การชำระเบี้ยประกันของพนักงานและคู่สมรสจะต้องทำการหักจากบัญชีเงินเดือนของข้าราชการ พนักงาน และลูกจ้างประจำ

หลักเกณฑ์ในการเข้าร่วมเป็นสมาชิก

- จำนวนข้าราชการ พนักงาน และลูกจ้างประจำที่มีสิทธิเอาประกันจะต้องเข้าร่วมไม่ต่ำกว่า 30 คน (ไม่รวมคู่สมรส)
- ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้างประจำ และคู่สมรสที่มีสิทธิเอาประกันทั้งหมดจะต้องกรอกใบแถลงสุขภาพตามแบบฟอร์มของบริษัท
- ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้างประจำ และคู่สมรสที่มีสิทธิเอาประกันจะสามารถสมัครเอาประกันได้ ณ วันครบรอบปีกรมธรรม์ของแต่ละปีเท่านั้น

การเลือกแผนประกัน

- 1 กรมธรรม์ไม่สามารถมีชื่อผู้สมัครซ้ำซ้อนได้
- ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้างประจำ และคู่สมรสไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแผนประกัน ณ วันครบรอบปีกรมธรรม์ของแต่ละปี

การสิ้นสุดสถานภาพการเป็นสมาชิก

- การยกเลิกความคุ้มครองด้วยเหตุผลอื่นๆที่นอกเหนือไปจากการสิ้นสุดการเป็นข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้างประจำ หรือคู่สมรสที่มีสิทธิ จะกระทำได้ ณ วันครบรอบปีกรมธรรม์เท่านั้น การสิ้นสุดความคุ้มครองเนื่องจากสิ้นสุดสถานภาพการเป็นข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้างประจำ หรือคู่สมรส จะมีผลบังคับ ณ วันสิ้นเดือนของแต่ละเดือน

เอกสารประกอบการสมัคร (ดำเนินการโดยผู้ประสานงานโครงการฯ)

- ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มสำหรับนายจ้าง (ประกันกลุ่มแบบสมัครใจ)
- ใบสมัครของสมาชิก (ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้างประจำ) และคู่สมรสแต่ละคน แบบแถลงสุขภาพ
- ใบสรุปรายละเอียดข้อมูลของ (ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้างประจำ) และคู่สมรสทั้งหมด
- แบบฟอร์มตอบรับข้อเสนอจากนายจ้างในการให้ถรรงค์ และหักเงินเดือนของสมาชิกเพื่อชำระเบี้ยประกัน
- เช็ค หรือ เงินโอนเข้าธนาคารในนาม บริษัท อเมริกัน อินเตอร์เนชันแนล แอสซิวรันส์ จำกัด

หากท่านต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อสอบถามได้ที่ ฝ่ายประกันกลุ่ม ชั้น 11

บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชันแนลแอสซิวรันส์ จำกัด

181 ถนนสุรวงศ์ แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทร 0 2634-8888 โทรสาร 0 2236-9383

หมายเหตุ

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ จึงมิใช่ส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยหรือเอกสารผูกพันบริษัท ข้อกำหนดและเงื่อนไขของความคุ้มครองจะระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัยที่ออกให้

โปรดเขียนกรอกและเซ็นชื่อด้วยปากกาค้นดิษฐ์
กรณีที่มี ารแก้ไขข้อมูลโปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย

เลือกแผน

แผน 1
 แผน 2

บริษัท เอไอเอ จำกัด

181 อาคารเอไอเอ ทาวเวอร์ ถนนสุรวงศ์ บางรัก กรุงเทพฯ 10500

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัย

(สำหรับการประกันภัยกลุ่มแบบสมัครใจ)

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อองค์กร / กรม / บริษัท) กรมธรรม์เลขที่

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) นามสกุล เพศ อายุ ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ

ส่วนสูง น้ำหนัก อาชีพ สังกัด (หน่วยงาน/บริษัท)

ฝ่าย/แผนก อำเภอ จังหวัด

ผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์

ผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์

ผู้รับประโยชน์ ความสัมพันธ์

ที่อยู่ปัจจุบัน หมายเลขโทรศัพท์

- 1 ท่านเคยได้รับการรักษา หรือ เคยได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าท่านเป็น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคเมเร็ง หรือความไม่ปกติอื่นอย่างร้ายแรงหรือไม่ เคย ไม่เคย
- 2 ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บร้ายแรง หรือเคยปรึกษาแพทย์ หรือรับการรักษาคิวในโรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือคลินิกแพทย์ หรือได้รับคำแนะนำให้ทำการรักษาใดๆ ที่มีได้กล่าวข้างต้นหรือไม่ เคย ไม่เคย
- 3 ท่านเคยได้รับการผ่าตัด หรือ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ผ่าตัดเช่นว่านั้นหรือไม่ เคย ไม่เคย
- 4 ใบคำขอเอาประกันชีวิต หรือการขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันชีวิตใดๆของท่านเคยถูกปฏิเสธ หรือเพิ่มเงื่อนไขในการพิจารณารับประกัน หรือเลื่อนการพิจารณา หรือเพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัยหรือไม่ เคย ไม่เคย
- 5 มีบุคคลในครอบครัวของท่านเคยเป็น วัณโรค เบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคทางจิตใจ หรือคู่สมรสของท่านเคยเป็นโรคเอดส์ หรือตรวจพบว่ามีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์หรือไม่ เคย ไม่เคย

หมายเหตุ : ถ้าคำตอบข้อ 1-5 เคยหรือใช่ โปรดระบุคำถามข้อนั้นๆ และให้รายละเอียดว่าเป็นโรคอะไร รักษาตัวที่ไหน เมื่อใด ปัจจุบันหายดีหรือยัง หรือตรวจเช็คร่างกาย / ทานยาอยู่หรือไม่ และในกรณีที่ประสบอุบัติเหตุ กรุณาชี้แจงรายละเอียด (เช่น มีการคามเหล็กหรือไม่/ ถ้ามี เหนือเหล็กออกหรือยัง)

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าถ้อยแถลงหรือคำตอบซึ่งข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นเป็นข้อเท็จจริงที่เป็นความจริง นอกจากนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่แพทย์ บุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นใดที่มีบันทึกทางการแพทย์ หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย หรือ การได้รับบาดเจ็บของข้าพเจ้า มอบประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท เอไอเอ จำกัด หนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

นอกจากที่กล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าไม่เคยทราบว่า เป็นหรือเคยรักษาเกี่ยวกับ โรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัส โรคเอดส์แต่อย่างใด และข้าพเจ้าทราบว่าถ้าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคเอดส์หรือมีเลือดบวกต่อไวรัสโรคเอดส์ บริษัทฯ จะไม่รับประกันชีวิตข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอยินยอมให้หน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้า
หักเงินเดือนเพื่อชำระเบี้ยประกันภัยกลุ่ม

.....
(ลายเซ็นหรือสมาชิกผู้สมัคร) (วันที่)

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
ผู้ขอเอาประกันชีวิตจะตอบคำถามตามความจริงทุกข้อ การปกปิดความจริงหรือแถลงข้อความเท็จใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865



G313A800

DTN 11000 . C C C

GL

หนังสือยินยอมให้หักเงิน

เขียนที่.....

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการส่วนการคลัง

ด้วยข้าพเจ้า.....เลขที่บัตรประชาชน.....ข้าราชการ/
ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการตำแหน่ง.....สังกัด
.....ยินยอมและขอให้ส่วนการคลัง กรมป่าไม้ หักเงินเดือน/
ค่าจ้าง ของข้าพเจ้าเพื่อจ่ายเป็นค่าเบี้ยประกัน โครงการประกันชีวิตกลุ่ม แบบสมัครใจ (โครงการสวัสดิการ
กองทุนมรดกเงินแสน) จำนวนเดือนละ.....บาท
(.....) ส่งให้แก่บริษัท AIA ประกันภัย

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

บริษัท เอไอเอ จำกัด

โครงการประกันกลุ่มสะสมทรัพย์ครบเกษียณอายุ(GSE)

โครงการประกันชีวิตกลุ่มแบบสมัครใจ (GLV)



คุณพจนา วิศิษฏ์สิน ผู้ประสานงานโครงการประกันกลุ่ม และหัวหน้าหน่วยป้องกันรักษาป่าที่ นม. 7 (ด่านขุนทด) คุณไพโรจน์ ชุ่มเพ็งพันธุ์ ร่วมกันมอบเช็คเงินไหมมรดกกรรม ของคุณสมาน พุ่มขุนทด คู่สมรสของคุณพัฒนาณ์ฉิพงษ์ พุ่มขุนทด พนักงานราชการ ที่ได้เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2555 โดยมีเจ้าหน้าที่หน่วยฯเป็นสักขีพยาน

จำนวนเงิน 214,026.- บาท

ให้แก่ผู้รับประโยชน์ คือ คุณพัฒนาณ์ฉิพงษ์ พุ่มขุนทด และ นส.ศิริประภา พุ่มขุนทด (บุตรสาว)



คุณ คุณพจนา วิศิษฏ์สิน ผู้ประสานงานโครงการประกันกลุ่ม และหัวหน้าหน่วยป้องกันรักษาป่าที่ สท.1(ศรีสวรรค์) คุณอดิศักดิ์ รุ่งพรหม ร่วมกันมอบเช็คเงินไหมมรดกกรรมของ คุณคนตรี เทียงตรง พนักงานราชการที่ได้เสียชีวิตเนื่องจาก อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2556 โดยมีเจ้าหน้าที่หน่วยป้องกันรักษาป่าที่ สท.1 ร่วมเป็นสักขีพยาน

จำนวนทั้งสิ้น 308,887.00 บาท

โครงการสะสมทรัพย์ครบเกษียณอายุ 60 ปี (GSE) 108,887.- บาท และประกันชีวิตกลุ่ม(GLV) 200,00.- บาท

ให้แก่ผู้รับประโยชน์ คือ นางสดับพิน เทียงตรง ภรรยา และนายจักรกฤษ เทียงตรง บุตรชาย

ผู้ช่วยหัวหน้าหน่วยป้องกันรักษาป่าที่ ตก.8(แม่ละเมา) อุบลราชธานี ก้อนน้อย ที่ได้เสียชีวิตเนื่องจากโรคลำไส้อุดตัน เมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2555 ผู้รับผลประโยชน์คือ นางจรัสศรี ก้อนน้อย(ภรรยา) และ นางสาวรัชนพร ก้อนน้อย(บุตรสาว) รับผลประโยชน์จากโครงการสะสมทรัพย์ครบเกษียณอายุ 60 ปี (GSE) จำนวนเงิน 67,180.00 บาท

รายงานการเรียกร้องสินไหม

1. โครงการประกันชีวิตกลุ่มแบบสมัครใจ (GLV) (1 กรกฎาคม 2555 – 31 กรกฎาคม 2556)
 - 1.1. ค่าชดเชยรายวันสำหรับการนอนรักษาในโรงพยาบาล 16 ราย จำนวนเงิน 48,200 บาท
 - 1.2. สินไหมมรณกรรม 1 ราย ทุนประกัน 200,000 บาท
2. โครงการประกันกลุ่มสะสมทรัพย์ครบเกษียณอายุ (GSE) (1 กรกฎาคม 2555 – 31 กรกฎาคม 2556)
 - 2.1 ค่าชดเชยรายวันสำหรับการนอนรักษาในโรงพยาบาล 35 ราย จำนวนเงิน 113,000 บาท
 - 2.2. สินไหมมรณกรรม 4 ราย ทุนประกันรวม 438,500 บาท

หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มผ่านบัญชีธนาคาร
สำหรับผู้เอาประกันภัย บริษัท เอไอเอ จำกัด

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้าชื่อ.....สังกัด (หน่วยงาน/ บริษัท/ ห้างร้าน).....

กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่.....ใบรับรองเลขที่.....

โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก.....อีเมลล์ (ถ้ามี).....

ขอให้บริษัท เอไอเอ จำกัด นำผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล หรือผลประโยชน์ใด ๆ (ยกเว้นสินไหมทดแทน) ที่เกิดขึ้นตามกรมธรรม์ประกันภัยข้างต้น เข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าตามรายละเอียดข้างท้าย เมื่อบริษัทได้นำเงินผลประโยชน์เข้าบัญชีดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้ารับรองและยอมรับว่าบริษัทได้จ่ายเงินผลประโยชน์ให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนด และเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย

รายละเอียดบัญชีธนาคาร

ชื่อบัญชีของผู้เอาประกันภัย.....

ชื่อธนาคาร (เฉพาะที่มีสาขาในประเทศไทยเท่านั้น).....สาขา.....

เลขที่บัญชี.....ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

ข้อกำหนด และเงื่อนไข

1. ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ บริษัทนำเงินผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล หรือผลประโยชน์ใดๆที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับ (ไม่รวมสินไหมทดแทน) ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มที่ระบุด้านบนนี้เข้าบัญชีธนาคารดังกล่าวข้างต้น โดยให้ถือว่าบริษัท ได้จ่ายเงินผลประโยชน์นั้น ตามข้อกำหนด และเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว
2. ข้าพเจ้าได้แนบ STATEMENT บัญชีกระแสรายวัน หรือ สำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ ของบัญชีธนาคาร ซึ่งข้าพเจ้าได้ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง มาพร้อมนี้แล้ว
3. ในกรณีที่บริษัทไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ใน ข้อที่ 1. ไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัท จ่ายเงินผลประโยชน์ดังกล่าวให้แก่ข้าพเจ้าเป็นเช็ค ตามวิธีปฏิบัติปกติของบริษัท
4. การเปลี่ยนแปลงใดๆ เกี่ยวกับการขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ในหนังสือนี้ ให้ทำเป็นลายลักษณ์อักษร และส่งให้บริษัท ทราบล่วงหน้าก่อนวันครบรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มไม่น้อยกว่า 30 วัน และการเปลี่ยนแปลงนั้นให้มีผลบังคับในวันครบรอบปีกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มของแต่ละปีที่ทำหนังสือนี้
5. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท ยกเลิกการจ่ายเงินผลประโยชน์ดังกล่าวเข้าบัญชีธนาคารของข้าพเจ้าได้ทุกเมื่อ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้า ในกรณีเช่นนี้ ข้าพเจ้าตกลงให้บริษัท จ่ายเงินผลประโยชน์ดังกล่าวให้แก่ข้าพเจ้าเป็นเช็ค ตามวิธีปฏิบัติปกติของบริษัท ต่อไป

เพื่อเป็นหลักฐานแห่งข้อตกลงข้างต้น ข้าพเจ้าได้ลงนามไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานให้เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....

()

สมาชิกผู้เอาประกันภัย / เจ้าของบัญชี

(โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในใบคำขอเอาประกันภัย)

เพื่อดำเนินการตามความประสงค์ของท่าน บริษัท จะจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม ให้แก่ท่านผ่านบัญชีธนาคารตามที่ท่านได้แจ้งความจำนงไว้ โดยบริษัท จะนำส่งเอกสารรายละเอียดการจ่ายผลประโยชน์ให้ท่านทราบทุกครั้ง

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท ดำเนินการโดย _____ วันที่ _____ ชื่อเจ้าหน้าที่บริษัท _____	Reference No _____
---	-----------------------