



ที่ ชร ๐๐๑๙.๔/๑ ๑๕๓

สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดเชียงราย
ถนนแม่ฟ้าหลวง ชร ๕๗๑๐๐

๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ปี ๒๕๖๑

เรียน พัฒนาการอำเภอทุกอำเภอ / สมาชิก สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนาชุมชน จำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ประจำปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบฟอร์มสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม จำนวน ๑ ฉบับ
(สำหรับสมาชิกสมทบ)

ด้วย สหกรณ์ออมทรัพย์กรมการพัฒนาชุมชน จำกัด ได้ทำสัญญาการประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม กับบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) อัตราค่าเบี้ยประกัน ๕๐๐ บาท ต่อคนต่อปี ต่อทุนประกัน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ซึ่ง สอ.พช. เป็นผู้จ่ายค่าเบี้ยประกันจำนวนดังกล่าวให้แก่สมาชิกและสมาชิกสมทบที่มีอายุการเป็นสมาชิกตั้งแต่ ๑ ปีขึ้นไป แต่หากสมาชิกที่ประสงค์ทำประกันกับสหกรณ์ฯ สามารถแจ้งสมัครทำประกันแผน ๑ หรือแผน ๒ ได้เพียงแผนเดียว สำหรับสมาชิกที่ประสงค์ทำประกัน แผน ๒ ให้จ่ายเพิ่มอีก ๕๐๐ บาท หรือสมัครทำประกันสมทบให้คู่สมรสหรือบุตรในแผนเดียวกับสมาชิกหรือแผนที่ต่ำกว่าสมาชิกได้โดยจ่ายค่าเบี้ยประกันเองทั้งหมด

ในการนี้ หากสมาชิกมีความประสงค์จะสมัครทำประกัน ให้กรอกแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมนี้ ส่งให้สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดเชียงราย ภายในวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอุทัย หอมนาน)
พัฒนาการจังหวัดเชียงราย

ฝ่ายอำนวยการ

โทร. ๐-๕๓๑๓๗-๗๓๕๐



กรมการพัฒนาชุมชน : เศรษฐกิจฐานรากมั่นคงและชุมชนพึ่งตนเองได้ ภายในปี ๒๕๖๔



แบบฟอร์มสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ประจำปี 2561

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าประสงค์สมัครทำประกัน ดังนี้ (โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ในแผน 1 หรือ แผน 2 เท่านั้น และกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มด้านล่าง)

เลขทะเบียน	ชื่อ-สกุล	แผน 1 (ทุน 100,000 บาท)	แผน 2 (ทุน 200,000 บาท)
คู่สมรส			
บุตร 1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

หมายเหตุ : คู่สมรสและบุตรต้องทำแผนเดียวกับสมาชิกหรือแผนต่ำกว่าสมาชิกเท่านั้น และโปรดแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการ ภายในวันที่ 16 มีนาคม 2561 กรณีประสงค์ทำแผน 1 และไม่ประสงค์ทำประกันเพิ่ม หรือไม่ทำประกันให้คู่สมรสหรือบุตร ไม่ต้องส่งหนังสือคืน สอ.พช.

ลงชื่อ.....

(.....)

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

.....

.....

.....

เบอร์โทรศัพท์.....



แบบฟอร์มสมัครทำประกันชีวิตกลุ่มและอุบัติเหตุกลุ่ม ประจำปี 2561
(สำหรับสมาชิกสมทบที่เป็นสมาชิก 1 ปี ขึ้นไป)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าประสงค์สมัครทำประกัน ดังนี้ (โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ในแผน 1 หรือ แผน 2 เท่านั้น
และกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มด้านล่าง)

เลขทะเบียน	ชื่อ-สกุล	แผน 1 (ทุน 100,000 บาท)	แผน 2 (ทุน 200,000 บาท)
90 _ _ _			

หมายเหตุ : สำหรับสมาชิกสมทบที่มีอายุการเป็นสมาชิก 1 ปี ขึ้นไป และโปรดแจ้งความประสงค์
เข้าร่วมโครงการ ภายในวันที่ 16 มีนาคม 2561 กรณีไม่ต้องการสมัครเพิ่มไม่ต้องส่งเอกสารกลับมาที่ สอ.พช.

ลงชื่อ.....

(.....)

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

.....

.....

.....

เบอร์โทรศัพท์.....