

ประเภทประกันอุบัติเหตุกลุ่ม

รายชื่อสำนักงานสาขา

สำนักงานใหญ่	โทรศัพท์ 02-5859009(14คู่สาย)
สาขารามอินทรา	โทรศัพท์ 02-9465990-1
สาขาย่อยสมุทรปราการ	โทรศัพท์ 02-7553943

สาขานครปฐม	โทรศัพท์ 034-213292-3
สาขาเชียงใหม่	โทรศัพท์ 053-304579
สาขานครราชสีมา	โทรศัพท์ 044-262156
สาขาขอนแก่น	โทรศัพท์ 043-246500-1
สาขาอุบลราชธานี	โทรศัพท์ 045-317885-6
สาขาอุดรธานี	โทรศัพท์ 042-342183
สาขาหนองคาย	โทรศัพท์ 042-460424
สาขาสุราษฎร์ธานี	โทรศัพท์ 077-289884
สาขานครสวรรค์	โทรศัพท์ 056-221664

“ประกันอุบัติเหตุ คิดไปคล้ายเถอร่ม ป้อนกันลมและน้ำได้ได้สายฝน
 ครั้นเมื่อยามฟ้าใส ไม่มีมดมน เห็นว่าตนเป็นภาระ เกะกะจริง
 ครั้นเมื่อยาม ฟ้าฝนหล่นจากฟ้า จังรู้ว่าร่วมจำเป็นเห็นค่ายิ่ง
 ประกันอุบัติเหตุไว้อย่าประวิง เพราะทุกสิ่งเกิดขึ้นได้ไม่แน่นอน ”



บริษัท พุทธธรรมประกันภัย จำกัด

PHUTTHATHAM INSURANCE CO., LTD.

มั่นคง ชื่อดังในคุณธรรม

แผนสวัสดิการเสริมพิเศษ

สำหรับ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงมหาดไทย จำกัด

ความคุ้มครอง	แผน 1	แผน 2
	(อายุ 10-69 ปี)	(หน่วย : บาท) (อายุ 70-80 ปี)
1. เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	100,000	50,000
2. สูญเสียอวัยวะและสายตา 2 ข้าง	100,000	50,000
3. สูญเสียอวัยวะและสายตา 1 ข้าง	60,000	30,000
4. ทูพพลภาพสิ้นเชิงถาวร	100,000	50,000
5. เสียชีวิตจากถูกฆาตกรรมหรือลอบทำร้าย	100,000	50,000
6. เสียชีวิตจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	50,000	25,000
ค่าเบี้ยประกันภัย ต่อคน ต่อปี	90	

หากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หรือ มีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการทำประกันภัย กรุณาติดต่อ บริษัท พุทธธรรมประกันภัย จำกัด ได้ทุกสาขา

1. สำหรับสมาชิก

ใบสมัครแผนประกันอุบัติเหตุ สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงมหาดไทย จำกัด
ข้าพเจ้ามีความประสงค์เอาประกันภัย การประกันอุบัติเหตุโดยเลือกแผนคุ้มครอง อายุ 10-69 ปี ดังนี้

แผน	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน	เบี้ยประกัน/บาท	สมัครแผน
1	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 100,000 บาท	90.-	
2	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 200,000 บาท	180.-	
3	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 300,000 บาท	270.-	
4	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 400,000 บาท	360.-	
5	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 500,000 บาท	450.-	
6	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 600,000 บาท	540.-	
7	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 700,000 บาท	630.-	
8	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 800,000 บาท	720.-	
9	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 900,000 บาท	810.-	
10	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 1,000,000 บาท	900.-	
11	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 2,000,000 บาท	1,800.-	
12	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 3,000,000 บาท	2,700.-	

รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....เลขทะเบียนที่.....สังกัด.....
วัน/เดือน/ปีเกิด.....หมายเลขบัตรประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□
ที่อยู่ติดต่อได้สะดวกเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ที่ทำงาน.....
โทร.....มือถือ.....เลขที่สัญญา.....
- ท่านมีประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล/ประกันชีวิตจากบริษัทประกันอื่นหรือไม่.....
- ท่านเคยเข้ารับการรักษาโรค.....เมื่อ.....

ผู้รับผลประโยชน์

1. สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงมหาดไทย จำกัด

2. หากไม่มีหม่อมอบให้ทายาทชื่อ.....อายุ.....ความสัมพันธ์.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าผู้ขอเอาประกันภัยมีความคิดปกติทางร่างกาย/โรคร้ายแรง และความคิดปกติทางจิตใจก่อนเอาประกันภัยและข้อมูลที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทฯ จะจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยเมื่อแบบฟอร์มการลงทะเบียนฉบับนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทฯ แล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าค่าแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริงและให้ถือเป็น ส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

...../...../.....

(.....)

วัน/เดือน/ปี

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ยินยอมให้หักค่าเบี้ยประกันจำนวน.....จากบัญชีชื่อ.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม(เจ้าของบัญชี)

(.....)

หมายเหตุ ข้อ 1. ค่าเดือนของกรมการประกันภัยกระทรวงพาณิชย์ ผู้เอาประกันภัยให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้น บริษัทฯอาจ ถือเป็นเหตุปฏิเสธ ความรับผิดชอบตามสัญญา ประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ข้อ 2. สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้รับผลประโยชน์อันดับแรก

เอกสารการสมัคร - สำเนาบัตรประชาชน

3. สำหรับสมาชิก/บุคคลในครอบครัว อายุ 70-80 ปี

ใบสมัครแผนประกันอุบัติเหตุ สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงมหาดไทย จำกัด
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์เอาประกันภัย การประกันอุบัติเหตุโดยเลือกแผนคุ้มครอง อายุ 70-80 ปี ดังนี้

แผน	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน	เบี้ยประกัน/บาท	สมัครแผน
1	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 50,000 บาท	90.-	
2	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 100,000 บาท	180.-	
3	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 200,000 บาท	360.-	
4	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 300,000 บาท	540.-	
5	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 400,000 บาท	720.-	
6	ความคุ้มครองการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ วงเงิน 500,000 บาท	900.-	

รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
 สังกัด.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....หมายเลขบัตรประชาชน □- □□□□- □□□□□- □□- □
 เป็นสมาชิก/เป็นบุคคลในครอบครัวของ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....เลขทะเบียนที่.....
 ที่อยู่ติดต่อได้สะดวกเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ที่ทำงาน.....
 โทร.....มือถือ.....เลขที่สัญญา.....

- ท่านมีประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล/ประกันชีวิตจากบริษัทประกันอื่นหรือไม่.....
- ท่านเคยเข้ารับการรักษาโรค.....เมื่อ.....

ผู้รับผลประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์
1. สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงมหาดไทย จำกัด		
2.
3.

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าผู้ขอเอาประกันภัยมิได้มีความผิดปกติทางร่างกาย/โรคร้ายแรง และความผิดปกติทางจิตใจก่อนเอาประกันภัยและข้อมูลที่ให้ไว้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าบริษัทฯ จะจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยเมื่อแบบฟอร์มการลงทะเบียนฉบับนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากบริษัทฯแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าค่าแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริงและให้ถือเป็น ส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

...../...../.....
 (.....) วัน/เดือน/ปี

ลงลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ยินยอมให้หักค่าเบี้ยประกันจำนวน.....จากบัญชีชื่อ.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม(เจ้าของบัญชี)
 (.....)

หมายเหตุ ข้อ 1. ค่าเดือนของกรมการประกันภัยกระทรวงพาณิชย์ ผู้เอาประกันภัยให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้น บริษัทฯอาจ ถือเป็นเหตุปฏิเสธ ความรับผิดชอบตามสัญญา ประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ข้อ 2. สหกรณ์ออมทรัพย์กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้รับผลประโยชน์อันดับแรก

เอกสารการสมัคร - สำเนาบัตรประชาชน