



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ... กองการเจ้าหน้าที่ (กลุ่มสวัสดิการฯ โทร. ๐-๒๖๕๓-๔๔๔๔ ต่อ ๒๑๒๕).....  
ที่ กษ ๐๖๐๒/ว ๕๘๓๕ วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๒.....  
เรื่อง... โครงการประกันอุบัติเหตุกลุ่มเพื่อสวัสดิการ.....

เรียน ผอ.สำนัก/กอง, ปศช./ปศจ., เลขานุการกรม, หัวหน้ากลุ่ม, ผู้จัดการสหกรณ์ฯ และหน่วยงานในสังกัด

ตามที่กองการเจ้าหน้าที่ ได้ร่วมกับบริษัท มาสเตอร์ทีม จำกัด จัดโครงการประกันอุบัติเหตุกลุ่ม เพื่อเป็นสวัสดิการแก่ข้าราชการ, ลูกจ้างประจำ, พนักงานราชการ, พนักงานจ้างเหมาบริการ และเจ้าหน้าที่ สหกรณ์ออมทรัพย์กรมปศุสัตว์ ซึ่งได้รับการตอบรับด้วยดีในปีที่ผ่านมา นั้น เนื่องจากความคุ้มครองภาคฐาน (ฟรี ๑๐,๐๐๐ บาท) และภาคสมัครใจ จะครบกำหนดในวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ซึ่งในปีนี้ บริษัทฯ ยังคงจัดให้มีการคุ้มครองอุบัติเหตุฟรี โดยไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกันภัยแก่ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ/พนักงานจ้างเหมาบริการ และเจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์กรมปศุสัตว์ ในวงเงิน ๑๐,๐๐๐.-บาท/คน ทั้งนี้ ให้เจ้าหน้าที่ใน สังกัดกรมปศุสัตว์ ดำเนินการ ดังนี้

๑. ต้องจัดส่งใบแจ้งรับความคุ้มครองถึงจะได้รับความคุ้มครองภาคฐาน ฟรี ๑๐,๐๐๐ บาท โดย

๑.๑ ส่งถึงบริษัท มาสเตอร์ทีม จำกัด ภายในวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๓ หากได้รับใบแจ้งรับความคุ้มครองหลังจากวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๓ ความคุ้มครองจะเริ่มในเดือนถัดไป

๑.๒ ความคุ้มครองภาคฐาน ฟรี ๑๐,๐๐๐.-บาท จะไม่ครอบคลุมถึงการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ รวมถึงการถูกฆาตกรรม และจะสิ้นสุดลงในกรณีที่เจ้าหน้าที่ลาออก/โอนย้ายหน่วยงานต่างสังกัดกรมปศุสัตว์

๑.๓ หากเจ้าหน้าที่ผู้ใดไม่มีรายชื่อแจ้งมา หรือผู้ที่มาช่วยราชการจากที่อื่น สามารถกรอกรายละเอียดเพิ่มเติมได้

๑.๔ เจ้าหน้าที่และครอบครัว (สมาชิกสมทบ) สามารถซื้อความคุ้มครองเพิ่มเติมโดยสมัครใจในอัตราเบี้ยประกันภัยพิเศษ และผู้สมัครสมทบต้องมีอายุระหว่าง ๒ ถึง ๖๕ ปี เท่านั้น

๒. สามารถซื้อความคุ้มครองเพิ่มให้แก่ครอบครัวได้ตามแบบฟอร์มใบแจ้งรับความคุ้มครองที่แนบมาพร้อมนี้ และให้หน่วยงานรวบรวมใบแจ้งรับความคุ้มครอง, หลักฐานการชำระเงิน หรือเงินสดส่งให้กับบริษัทมาสเตอร์ทีมฯ โดยตรง ได้ ๒ ช่องทาง คือ

๒.๑. ฌานนิติสง่าจ่าย ปณฝ.ประดิพัทธ์ ๑๐๔๐๔ ในนามบริษัท มาสเตอร์ทีม จำกัด

เลขที่ ๓๑ ถนนประดิพัทธ์ แขวงพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๒.๒ โอนเงินผ่านธนาคาร ชื่อบัญชี บริษัท มาสเตอร์ทีม จำกัด

ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี ๒๗๗-๒-๐๐๔๘๑-๑

ธนาคารกรุงเทพ เลขที่บัญชี ๘๖๙-๐-๐๐๒๕๗-๔

ธนาคารกสิกรไทย เลขที่บัญชี ๗๘๑-๒-๐๐๓๘๗-๓

ธนาคารกรุงศรีอยุธยา เลขที่บัญชี ๕๘๗-๑-๐๐๓๖๒-๔

ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี ๐๓๔-๐-๐๕๒๓๘-๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบโดยทั่วกัน

(นายเศรษฐเกียรติ กระจ่างวงษ์)

ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่



บริษัท มาสเตอร์ทีม จำกัด  
Master Team Co.,Ltd.

31 ถนนประดิพัทธ์ (ถนนกำแพงเพชร 5) แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400  
โทรศัพท์ 02-279-6151,081-466-1293-5 โทรสาร 02-279-2076-7  
http://www.masterteam.co.th E-mail : info@masterteam.co.th

ที่ MT ๑๐๘/๒๕๖๒

๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง แจ้งต่ออายุโครงการสวัสดิการประกันอุบัติเหตุ

เรียน ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่กรมปลัดสัตว์

น.สพ.เศรษฐเกียรติ กระจ่างวงษ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ตัวอย่างใบแจ้งรับความคุ้มครอง

บริษัท มาสเตอร์ทีม จำกัด บริษัทที่ปรึกษาประกันภัยรับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ได้รับความไว้วางใจจาก กรมปลัดสัตว์ ให้จัดโครงการ “สวัสดิการประกันอุบัติเหตุ” แก่ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/พนักงานราชการ ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๐ ถึงปัจจุบัน และได้รับการตอบรับด้วยดีในหลายปีที่ผ่านมา

เนื่องจากความคุ้มครองภาคฐาน (ฟรี ๑๐,๐๐๐ บาท) และภาคสมัครใจ จะครบกำหนดในวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ซึ่งในปีนี้ บริษัทฯ ยังคงจัดให้มีการคุ้มครองอุบัติเหตุฟรี โดยไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกันภัย แก่ข้าราชการ / ลูกจ้างประจำ / พนักงานข้าราชการ / พนักงานจ้างเหมาบริการ / เจ้าหน้าที่สหกรณ์ออมทรัพย์ ในวงเงิน ๑๐,๐๐๐ บาท/คน (ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ในสังกัดกรมปลัดสัตว์ จะต้องส่งใบแจ้งรับความคุ้มครองถึงจะได้รับคุ้มครองภาคฐาน ฟรี ๑๐,๐๐๐ บาท โดยส่งถึง บริษัท มาสเตอร์ทีม จำกัด ภายในวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๓ หากได้รับใบแจ้งรับความคุ้มครองหลังจากวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๓ ความคุ้มครองจะเริ่มในเดือนถัดไป และความคุ้มครองภาคฐาน ฟรี ๑๐,๐๐๐ บาท จะไม่ครอบคลุมถึงการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ รวมถึงการถูกฆาตกรรม และจะสิ้นสุดลงในกรณีที่เจ้าหน้าที่ลาออก / โอนย้ายหน่วยงานต่างสังกัดกรมปลัดสัตว์) นอกจากนี้เจ้าหน้าที่และครอบครัว (สมาชิกสมทบ) สามารถซื้อความคุ้มครองเพิ่มได้โดยสมัครใจ ในอัตราเบี้ยประกันภัยพิเศษ และผู้สมัครสมทบต้องมีอายุระหว่าง ๒ ถึง ๖๕ ปี โดยสามารถซื้อความคุ้มครองเพิ่มให้แก่ครอบครัวได้ตามแบบฟอร์มใบแจ้งรับความคุ้มครองที่แนบมาพร้อมนี้ โดยหน่วยงานรวบรวมใบแจ้งรับความคุ้มครอง,หลักฐานการชำระเงินและ/หรือเงินสด ส่งให้กับบริษัทฯ และสามารถชำระเงินที่รวบรวมจากสมาชิกให้กับบริษัทฯ ได้ ๒ ช่องทาง ๑.ธนาคารที่ตั้งจ่าย ๒.โอนผ่านธนาคาร ชื่อบัญชี บริษัท มาสเตอร์ทีม จำกัด ๓๑ ถนนประดิพัทธ์ แขวงพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐ ๒.โอนเงินผ่านธนาคาร ชื่อบัญชี บริษัท มาสเตอร์ทีม จำกัด ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี ๒๗๗-๒-๐๐๔๘๑-๑, ธนาคารกรุงเทพ เลขที่บัญชี ๘๖๘-๐-๐๐๒๕๗-๔, ธนาคารกสิกรไทย เลขที่บัญชี ๗๘๑-๒-๐๐๓๘๗-๓, ธนาคารกรุงศรีฯ เลขที่บัญชี ๕๘๗-๑-๐๐๓๖๒-๔, ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี ๐๓๔-๐-๐๕๒๓๘-๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางวิไล มหาโชคเดชะวัฒนา)

ผู้จัดการ

# สิ่งดี ๆ ... เพื่อข้าราชการ/พนักงาน สรูปจุดเด่นของสวัสดิการประกันอุบัติเหตุ กรมปศุสัตว์

- เลือกซื้อสวัสดิการได้ 5 หมื่น ถึง 5แสนบาท
- ขยายความคุ้มครองถึง การจลาจล-นัดหยุดงาน
- เพิ่มสวัสดิการให้กับคนในครอบครัวในราคาข้าราชการ
- คุ้มครองตลอด 24ชม. ทุกสถานที่ ทั่วโลก
- เบี้ยประกันภัยต่ำพิเศษ
- สะดวก มั่นใจ โดยผ่านฝ่ายสวัสดิการ กรมปศุสัตว์
- เพิ่มความคุ้มครองอุบัติเหตุจาก การขับขี่/โดยสาร รถจักรยานยนต์ และฆาตกรรม 50% ของทุนประกันปกติ
- ดำเนินการโดย บจก.มาสเตอร์ทีม และคุ้มครองโดย บมจ.ไทยประกันภัย

**ด่วน! เพื่อรักษาสีหน้าคุ้มครองฟรี 10,000.-** ส่งใบสมัครกลับภายในวันที่ 21 ของเดือน ม.ค.,กพ. หรือ มี.ค. เพื่อรับความคุ้มครองวันที่ 1 ของเดือนถัดไป ส่งที่ บริษัท มาสเตอร์ทีม จำกัด 31 ถนนประดิพัทธ์ แขวงพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-279-6151-2 , 088-5542335 คุณทิพ

**ตรวจสอบรายชื่อผู้ได้รับความคุ้มครองผ่าน [www.masterteam.co.th](http://www.masterteam.co.th) > ตรวจสอบข้อมูลประกันฯ > ประกันภัยอุบัติเหตุ**

ผลประโยชน์คุ้มครอง (มีให้เลือก 5 แผน)	แผนที่ 1	แผนที่ 2	แผนที่ 3	แผนที่ 4	แผนที่ 5
การเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ-บาท/คน	50,000.-	100,000.-	200,000.-	300,000.-	500,000.-
อัมพาตทั้งตัวเนื่องจากอุบัติเหตุ-บาท/คน	50,000.-	100,000.-	200,000.-	300,000.-	500,000.-
การเสียแขน-ขา-ตาเนื่องจากอุบัติเหตุ (ตั้งแต่2ชิ้น)	50,000.-	100,000.-	200,000.-	300,000.-	500,000.-
การเสียแขน-ขา-ตาเนื่องจากอุบัติเหตุ (ชิ้นใดชิ้นหนึ่ง)	30,000.-	60,000.-	120,000.-	180,000.-	300,000.-
อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์และฆาตกรรม	25,000.-	50,000.-	100,000.-	150,000.-	250,000.-
เบี้ยประกันภัย-บาท/คน/ปี	80.-	140.-	280.-	400.-	650.-

**พิเศษ** ครอบครัวข้าราชการ สามารถซื้อความคุ้มครองเพิ่มในราคาเดียวกับข้าราชการ สำหรับทุกแผน

## ความคุ้มครองการประกันภัยอุบัติเหตุ ชุด...สบายแพ็ค

โดยการซื้อข้อตกลงในใบแจ้งรับความคุ้มครอง ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยนี้ และเพื่อเป็นการตอบแทนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัยต้องชำระภายใต้เงื่อนไขข้อตกลงคุ้มครองชดเชย และเอกสารแนบท้ายกรมธรรม์ประกันภัยนี้ บริษัทให้สัญญาดังต่อไปนี้

<p>1.ผู้ได้รับความคุ้มครอง ได้แก่ บุคคลที่ระบุชื่อเป็นผู้เอาประกันภัยในตารางกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์นี้</p> <p>2.ข้อตกลงคุ้มครอง บริษัทฯ จะให้การคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายอันเกิดจากความบาดเจ็บทางร่างกายของผู้ได้รับความคุ้มครองโดยอุบัติเหตุ และทำให้เกิดผลตามรายละเอียดผลประโยชน์คุ้มครอง</p> <p>3.ผลประโยชน์คุ้มครอง ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องรักษาตัวติดต่อกันในสถานพยาบาลในโรงพยาบาลและเสียชีวิตเพราะความบาดเจ็บนี้</p> <p>ก) บริษัทฯจะจ่ายค่าทดแทนให้ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการเสียชีวิต</li> <li>- 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง และการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นได้เป็นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือนนับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่า ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง</li> <li>- 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือสองข้างข้างตั้งแต่ข้อมือ หรือเท้าสองข้างตั้งแต่ข้อเท้า หรือสายตาสองข้าง</li> <li>- 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า</li> <li>- 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และสายตาหนึ่งข้าง</li> <li>- 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า และสายตาหนึ่งข้าง</li> <li>- 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ</li> <li>- 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า</li> <li>- 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับสายตาหนึ่งข้าง</li> </ul> <p>การสูญเสียอวัยวะโดยการสิ้นเชิง หมายความว่า การถูกตัดออกจากร่างกายตั้งแต่ข้อมือ หรือข้อเท้า และให้หมายความถึงการสูญเสียสมรรถภาพในการใช้งานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้อีกต่อไป</p> <p>การสูญเสียสายตา หมายความว่า ตาบอดสนิท และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไป</p> <p>บริษัทฯจะจ่ายค่าทดแทนตามข้อนี้ เพียงรายการที่สูงสุดรายการเดียวเท่านั้น</p> <p>4.ชดเชยเงิน การประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครอง</p> <p>1.)ความสูญเสีย หรือความเสียหายใดๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้</p> <p>ก.การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถทรงสติได้คำว่า "ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา" นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป</p>	<p>ข.การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง</p> <p>ค.การได้รับเชื้อโรค ปรสิตร วัณโรคหรือเชื้อโรค หรือบาดเจ็บจากสัตว์ป่า ซึ่งเกิดจากบาดแผล ที่ได้รับมาจากอุบัติเหตุ</p> <p>ง.การรักษาทางเวชกรรมหรือศัลยกรรม เว้นแต่ที่จำเป็นจะต้องกระทำ เนื่องจากได้รับบาดเจ็บซึ่งได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และได้กระทำภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย</p> <p>จ.การแข่งลูก</p> <p>ฉ.การรักษาฟันหรือการรักษารากฟัน เว้นแต่การรักษาที่ได้เกิดขึ้นภายใน 7 วันนับจากวันที่เกิดอุบัติเหตุ</p> <p>ช.การเปลี่ยนหรือใส่ฟันปลอม การครอบฟัน ทันตกรรมประดิษฐ์</p> <p>ซ.อาหารเป็นพิษ</p> <p>ด.การปวดหลังอันมีสาเหตุมาจากหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท กระดูกสันหลังเสื่อม (Spondylolisthesis) กระดูกสันหลังเสื่อม (Degeneration) หรือ (Spondylolysis) กระดูกสันหลังอักเสบ (Spondylitis) และภาวะ Spondylolysis เว้นแต่มีการแตกหัก (Fracture) หรือเคลื่อน (Dislocation) ของกระดูกสันหลัง ซึ่งเนื่องมาจากอุบัติเหตุ</p> <p>ญ.สงคราม (ไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม การจลาจล หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือขึ้นต่อต้านรัฐบาล การจลาจล การนัดหยุดงาน ฎ.อาวุธนิวเคลียร์ การแผ่รังสี หรือกัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใดๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ และกรณีวิบัติใดๆ แห่งการแตกแยกตัวทางนิวเคลียร์ ซึ่งดำเนินการติดต่อกันไปโดยตัวของมันเอง</p> <p>2.)ความสูญเสีย หรือความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้</p> <p>ก.ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังเข้าไป แข่งรถหรือแข่งเรือทูบชนิด แข่งม้า เล่นหรือแข่งกีฬาชนิดรวมถึงเจ็ตสกีด้วย แข่งสเก็ต ขกมวย โดร่ม (เว้นแต่การโดร่มเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือ เครื่องร่อน เล่นบันจี้จัมพ์ ปีนหรือไต่เขา ที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย ดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศ และเครื่องช่วยหายใจได้น้ำ</p> <p>ข.ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์</p> <p>ค.ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี่หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใด ๆ</p> <p>ง.ขณะที่ผู้เอาประกันภัยเข้าร่วมทะเลาะวิวาท หรือมีส่วนช่วยให้เกิดการทะเลาะวิวาท</p> <p>จ.ขณะที่ผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรม หรือขณะที่ถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม</p> <p>5.การแจ้งอุบัติเหตุ และการเรียกร้องสินไหม ผู้ถือกรมธรรม์ ผู้ได้รับความคุ้มครอง หรือผู้รับประโยชน์จะต้องแจ้งให้บริษัททราบถึงความสูญเสียในทันที โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ การส่งหลักฐานความเสียหาย จะต้องส่งหลักฐานตามที่บริษัทต้องการ</p>
--	---





# ประกันภัยเพื่อข้าราชการ - พนักงาน : กรมปศุสัตว์

ใบแจ้งรับความคุ้มครอง

วันที่ \_\_\_\_\_

รหัสควบคุม

ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_

หมายเลขบัตรประชาชน ----

วัน/เดือน/ปี เกิด \_\_\_\_\_ ประเภท  ข้าราชการ  ลูกจ้างประจำ  พนักงานราชการ  อื่นๆ \_\_\_\_\_

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

สังกัด สำนักพัฒนาระบบและรับรองมาตรฐานสินค้าปศุสัตว์

โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_

**รับฟรี** ทุนประกัน 10,000.- (ไม่ส่งใบสมัครกลับ ถือว่าสละสิทธิ์!)  **ซื้อเพิ่ม** ให้ตนเอง&ครอบครัว  **ไม่ประสงค์ซื้อ**

\*สมาชิกหลัก และสมาชิกสมทบต้องมีอายุระหว่าง **2-65 ปี** เท่านั้น

\*\*โปรดระบุเลขบัตรประชาชนทั้งสมาชิกหลักและสมทบ เพื่ออ้างอิงกรณีเรียกร้องสินไหม

ชื่อ-สกุล (สมาชิกหลักไม่ซื้อความคุ้มครอง ก็ สามารถซื้อความคุ้มครองให้สมทบได้ และ โปรดเขียนตัวบรรจง)	ความสัมพันธ์ กับสมาชิก หลัก	วัน/เดือน/ปี เกิด	ทุนเบี้ยฯ ประกันอุบัติเหตุ				
			50,000	100,000	200,000	300,000	500,000
นาง)			<input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 140	<input type="checkbox"/> 280	<input type="checkbox"/> 400	<input type="checkbox"/> 650
ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ _____	ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร _____		(โปรดระบุ)				
(ก) <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 140	<input type="checkbox"/> 280	<input type="checkbox"/> 400	<input type="checkbox"/> 650
ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ _____	ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร _____		(โปรดระบุ)				
(ข) <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 140	<input type="checkbox"/> 280	<input type="checkbox"/> 400	<input type="checkbox"/> 650
ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ _____	ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร _____		(โปรดระบุ)				
(ค) <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 140	<input type="checkbox"/> 280	<input type="checkbox"/> 400	<input type="checkbox"/> 650
ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ _____	ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร _____		(โปรดระบุ)				
(ง) <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 140	<input type="checkbox"/> 280	<input type="checkbox"/> 400	<input type="checkbox"/> 650
ชื่อ-สกุล ผู้รับประโยชน์ _____	ความสัมพันธ์กับผู้สมัคร _____		(โปรดระบุ)				

เบี้ยฯ ที่ต้องชำระทั้งหมดจำนวน \_\_\_\_\_ บาท (ตัวอักษร \_\_\_\_\_)

สำหรับเบี้ยประกันส่วนเพิ่มตามรายชื่อข้างต้น ข้าพเจ้า ได้ชำระเป็น

เงินสด

โดยธนาคารที่ตั้งง่าย ปณฝ.ประดิพัทธ์10404 ในนาม บริษัท มาสเตอร์ทีม จำกัด 31 ถนนประดิพัทธ์ แขวงพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โอนเงินผ่านธนาคาร ชื่อบัญชี **บริษัท มาสเตอร์ทีม จำกัด**

ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี 277-2-00481-1

ธนาคารกรุงเทพ เลขที่บัญชี 869-0-00257-4

ธนาคารกสิกรไทย เลขที่บัญชี 781-2-00387-3

ธนาคารกรุงศรีฯ เลขที่บัญชี 587-1-00362-4

ธนาคารกรุงไทย เลขที่บัญชี 034-0-05238-4

มาพร้อมใบแจ้งรับความคุ้มครองนี้เรียบร้อยแล้ว (กรณีโอนเงินผ่านธนาคารให้แนบหลักฐานการโอนเงินด้วย)

\*หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติม ติดต่อ คุณสศุติ 02-2796151 คุณวทัญญู 089-1179012

ลงชื่อสมาชิก \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)