



สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกระบี่ จำกัด

223/16-17 ถนนมหาราช ซอย 15 ตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ 81000

โทร.075-632391 โทรสาร 075-622857 www.kpsc-coop.com

ที่ สอ.สส.กบ. 243 /2557

19 พฤศจิกายน 2557

เรื่อง สำรวจรายชื่อการทำประกันชีวิตกลุ่มเพิ่มเติม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่ สาธารณสุขอำเภอ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างานต่างๆ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบแสดงความจำนง จำนวน 1 ชุด

ด้วยในคราวประชุมคณะกรรมการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกระบี่ จำกัด ครั้งที่ 11/2557 เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2557 ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาเรื่องการทำประกันชีวิตกลุ่มเพิ่มเติมให้กับสมาชิก เนื่องจากในปัจจุบัน สหกรณ์ได้ขยายวงเงินกู้สูงขึ้นถึง 3,000,000.- บาท ซึ่งเห็นว่าถ้าหากมีสมาชิกเสียชีวิต ก็จะส่งผลกระทบต่อทายาทของผู้กู้ และผู้ค้ำประกันเงินกู้ นั้น

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกระบี่ จำกัด เล็งเห็นถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น จึงมีความประสงค์เชิญชวนให้สมาชิกทำประกันชีวิตกลุ่มเพิ่มเติม นอกเหนือจากที่สหกรณ์ได้จัดเป็นสวัสดิการ ให้โดยกำหนดทุนประกัน จำนวน 600,000.- บาท (ทุนประกันเดิม 600,000.- บาท จ่ายค่าเบี้ย ประกัน 1,200.- บาท) ส่วนค่าเบี้ยประกันขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกที่ประสงค์จะทำเพิ่มเติม ในเบื้องต้นนี้ สหกรณ์ขอสำรวจรายชื่อ เพื่อให้ทราบจำนวนสมาชิกที่แน่นอนก่อน ซึ่งถ้าหากมีจำนวนสมาชิกที่สนใจเป็นจำนวนมาก สหกรณ์ฯ ก็จะดำเนินการในปี 2558 เป็นต้นไป หากสมาชิกท่านใดที่ประสงค์จะทำประกันชีวิตกลุ่มเพิ่มเติมสามารถแจ้งความจำนงตามแบบฟอร์มที่ได้แนบมาพร้อมกับหนังสือฉบับนี้ ขอความกรุณาส่งแบบตอบกลับสหกรณ์ฯ ภายในวันที่ 30 ธันวาคม 2557 นี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกสหกรณ์ทราบโดยทั่วกันด้วย
จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เชาวลิต วโนทยาโรจน์
(นายเชาวลิต วโนทยาโรจน์)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขกระบี่ จำกัด

**ใบแสดงความจำนง
การทำประกันชีวิตกลุ่มสมาชิกเพิ่มเติม**

เลขที่สมาชิก

วันที่.....

ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....

สังกัด..... โทร.....

มีความประสงค์ทำประกันชีวิตกลุ่มเพิ่มเติม เพิ่มทุนประกัน 600,000.- บาท

(ลงชื่อ).....
(.....)

หมายเหตุ 1. กรุณาส่งแบบแสดงความจำนงได้ทางโทรสาร หมายเลข 075-622857 หรือรวบรวมส่ง
หน่วยงานของท่านแล้วส่งกลับสหกรณ์ภายในวันที่ 30 ธันวาคม 2557