

ที่ ศธ ๕๒๑๐๗๐/ว ๖๒



สำนักงาน สกสค. จังหวัดหนองบัวลำภู
เลขที่ ๕๘๑ ศูนย์ราชการจังหวัด
หนองบัวลำภู ตำบลลำภู อำเภอเมือง
จังหวัดหนองบัวลำภู ๓๙๐๐๐

๒๔ กันยายน ๒๕๖๘

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา	
ประถมศึกษาหนองบัวลำภู เขต ๒	
เลขที่รับ	13008
วันที่	26 ก.ย. 2568
เวลา	14.20 น.

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การจัดทำประกันภัยคุ้มครองสินเชื่อโครงการสวัสดิการเงินกู้ ช.พ.อ.
เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาหนองบัวลำภู เขต ๒
สิ่งที่ส่งมาด้วย คู่มือการลงทะเบียนโครงการประกันภัย จำนวน ๑๒ แผ่น

ตามที่ สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ได้ดำเนินการสรรหาและคัดเลือกบริษัทวิริยะ
ประกันภัย จำกัด(มหาชน) ให้เข้ารับประกันคุ้มครองสินเชื่อโครงการสวัสดิการเงินกู้ ช.พ.ค. เพื่อบรรเทา
ความเดือดร้อนให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาผู้กู้เงินโครงการสวัสดิการเงินกู้ ช.พ.ค. นั้น

ในการนี้ ขอเรียนว่า สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. และบริษัทวิริยะประกันภัย จำกัด
(มหาชน) ได้จัดทำช่องทางให้สมาชิกโครงการสวัสดิการเงินกู้ ช.พ.ค. ที่ประสงค์จะทำประกันคุ้มครองสินเชื่อ
ทั้งการทำประกันต่อเนื่องจากกรรมธรรม์ของผู้รับประกันเดิม และผู้ที่ประสงค์จะทำประกันคุ้มครองสินเชื่อ
ขึ้นใหม่ลงทะเบียนแสดงความจำนงค์ได้ทาง Line Official Account สกสค. รวมถึงทางเว็บไซต์ สกสค.
<http://www.otep.go.th> หรือสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลและดำเนินการลงทะเบียนได้ที่สำนักงาน สกสค.
จังหวัดทุกจังหวัด ตั้งแต่วันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๘ เป็นต้นไป รายละเอียดเงื่อนไขความคุ้มครองสินเชื่อ
ของบริษัทวิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) อัตราเบี้ยประกันต่อทุนประกัน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ในระยะเวลา
คุ้มครอง ๑ ปี ในแต่ละช่วงอายุ ดังนี้

อายุระหว่าง ๒๕ ถึง ๖๐ ปี อัตราเบี้ยประกัน ๗๙๐ บาท

อายุระหว่าง ๖๑ ถึง ๖๕ ปี อัตราเบี้ยประกัน ๑,๓๙๐ บาท

อายุระหว่าง ๖๖ ถึง ๗๐ ปี อัตราเบี้ยประกัน ๑,๖๘๐ บาท

อายุระหว่าง ๗๑ ถึง ๗๔ ปี อัตราเบี้ยประกัน ๑,๘๐๐ บาท

ดังนั้น เพื่อสิทธิประโยชน์ของครูและบุคลากรทางการศึกษาผู้กู้เงินโครงการสวัสดิการเงินกู้
ช.พ.ค. จึงขอประชาสัมพันธ์การจัดทำประกันภัยคุ้มครองสินเชื่อโครงการสวัสดิการเงินกู้ ช.พ.ค. โดยทั่วกัน
รายละเอียดปรากฏดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์และขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายสวัสดิ์ แสงขัน)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาหนองบัวลำภู เขต ๑

กรรมการ สกสค.จังหวัด รักษาการแทน

ผู้อำนวยการสำนักงาน สกสค. จังหวัดหนองบัวลำภู

สำนักงาน สกสค. จังหวัดหนองบัวลำภู

โทร. ๐ ๔๒๓๑ ๑๕๒๓

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : saraban@otep.go.th

มากกว่า

ความคุ้มครอง คือ ความคุ้มค่า

สำหรับทุกชีวิต



ชีวิตประกันสุขภาพ

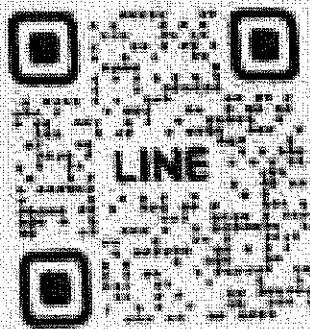
Prudential Life Insurance Co., Ltd.



เพิ่มชีวิต



ใจสงบ



สำหรับลงทะเบียน

ผู้ประสานงาน ภายใน



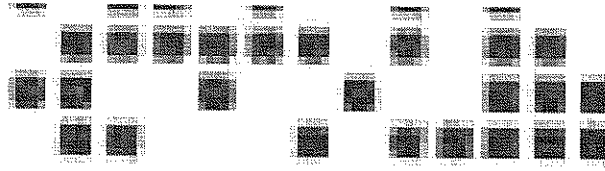
คู่มือการลงทะเบียน โครงการประกันภัยสินเชื่อ โครงการสวัสดิการรัฐ ช.พ.ค.

1. @viriyahhealth
2. <https://lin.ee/AeD9s5b>

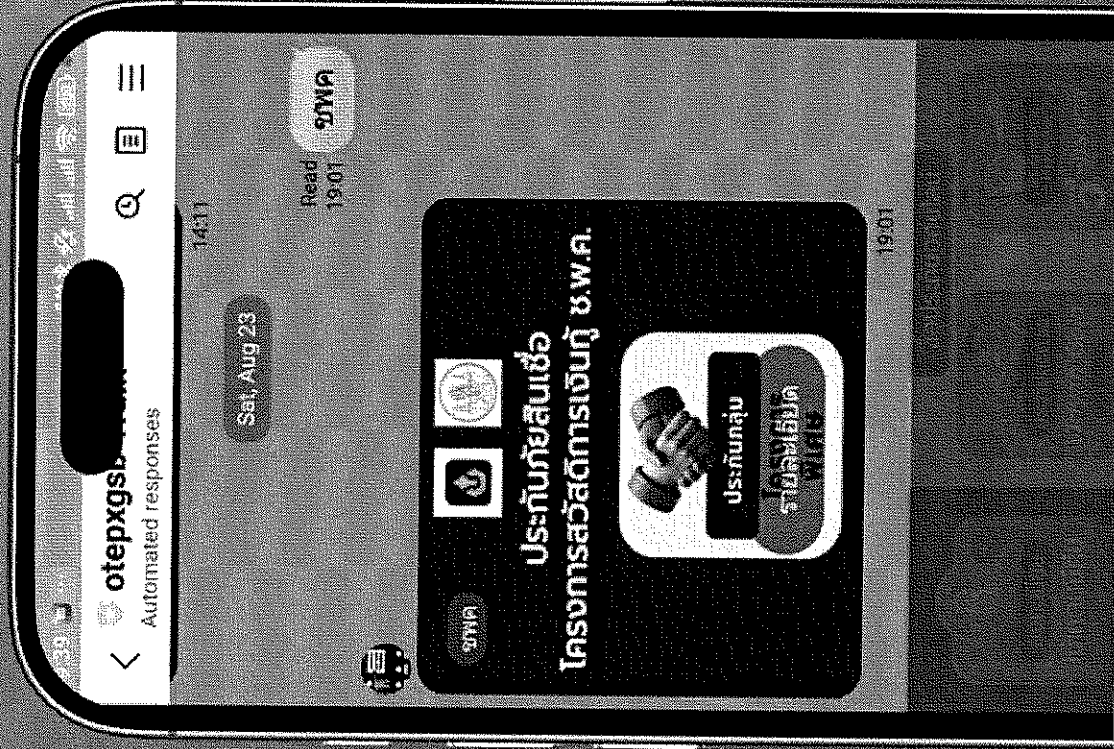
3 ช่องทางค่ะ

1) พิมพ์ค้นหา @viriyahhealth

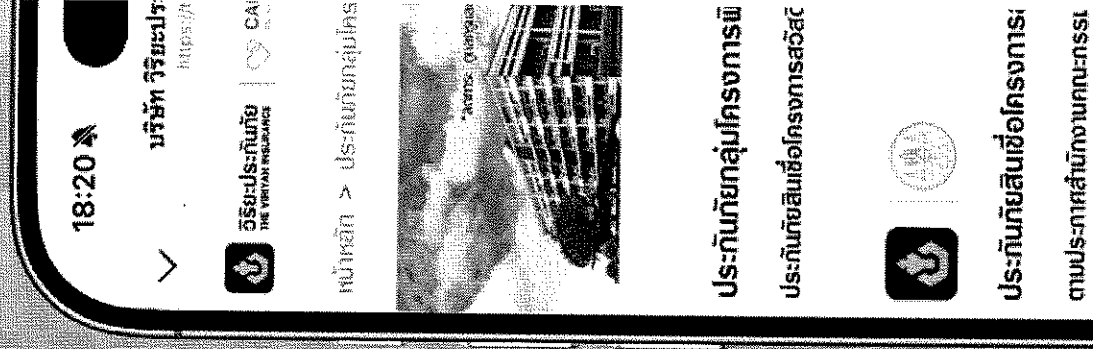
3.Q



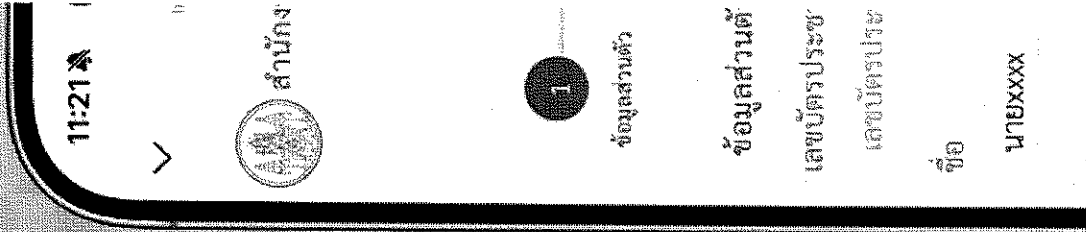
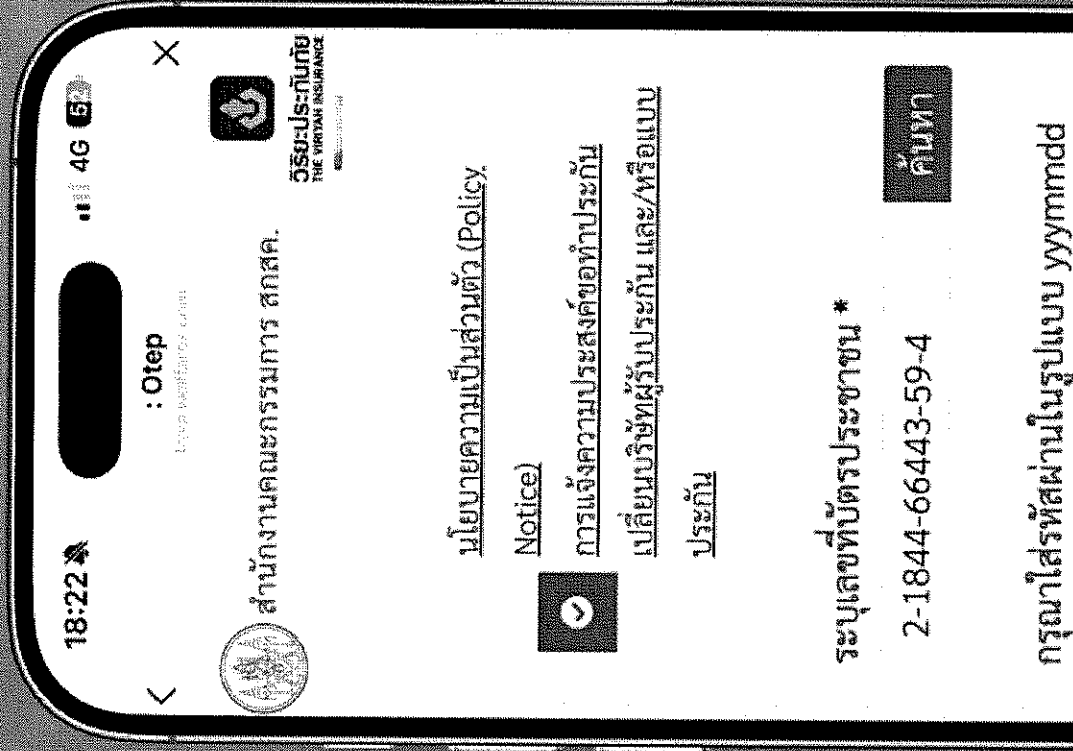
1



1.เข้าระบบ เพื่อลง ทะเบียน และ ยื่นคำขอ ผ่านทางช่องทาง Line OA ของ สกสศ. หรือ วิธีะ ประกันภัย



2



11:22 4G 73

Home Page : Otep
<https://www.otepprachat.net>

ชื่ออาคาร 999

หมู่ 0000

ซอย 000

ถนน 0000

รหัสไปรษณีย์ &&&&

ตำบล/แขวง djckxx

อำเภอ/เขต

11:22

Home f

ข้อมูลส่วนตัว

ยืนยันสถานะ

วงเงินกู้คงเหลือ 900,000.00

วงเงินทำประกัน 900,000.00

เลขที่สัญญา 7555555

ยืนยัน

4. ตรวจสอบที่อยู่ปัจจุบัน

- หากมี กรุณาแนบไฟล์ หรือรูปถ่าย ใบเตือนต่ออายุ หรือค่าธรรมเนียมเติม พร้อมข้อมูล เลขกรรมธรรม์ และวันสิ้นสุดความคุ้มครอง
- หากไม่มี สามารถข้ามไปทำ

11:22



4G 73

Home Page : Otep

https://www.oteop.com/s-ianovation.net

ข้อตกลงและยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้เป็นจริงและสมบูรณ์เท่าที่ข้าพเจ้าทราบ และเชื่อก่อนจากนั้นข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า ที่จะมอบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาล และสภาพร่างกาย ของข้าพเจ้ารวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ให้แก่ บริษัท วิริยะ ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เอกสารนี้ไม่ใช่สัญญาประกันภัย ท่านจะได้รับความคิดเห็นเมื่อได้รับการยืนยันจากบริษัทแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและ

8. ยืนยัน ถ้อยแถลง ข้อตกลง และยินยอมในการให้ข้อมูลส่วนบุคคล

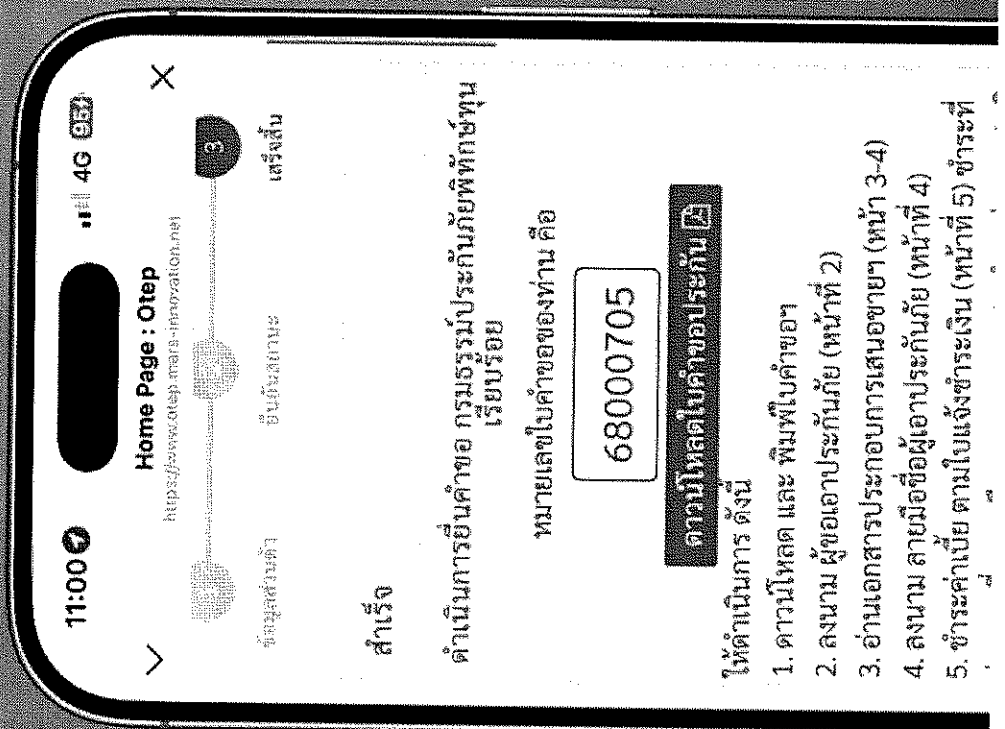
10:56

Home
https://www.c

โรคตับ โรคไต โรคเบา
มีเลือดบวกต่อไวรัส HI
เอสแอลอี โรคเลือด โร
เกี่ยวกับสมอง โรคเม
และกล้ามเนื้อ โรคของ
เรื้อรัง หรือโรคประจำ
ไม่ใช้

ขณะนี้ท่านกำลังเก็บป
ส่วนหนึ่งส่วนใดเพื่อการ
ความบกพร่องทางจิต
ไม่ใช้

ท่านเคยใช้ยาเสพติดใ
มีเมมา หรือเครื่องดื่มที่
เคยรับการรักษาเกี่ยว
เสพติดให้โทษ ใช้หรือ
ไม่ใช้



10.Download ใบคำขอจัดทำประกันภัย

12/1



12/2

[illegible][illegible]

15/1



15/2

15/3



ABC Insurance Company
Term Insurance Policy

Policy Information
Policy Number: 123456789
Issue Date: 01/01/2023
Term: 10 years
Face Amount: \$1,000,000

Insured Person
Name: John Doe
Date of Birth: 01/01/1980
Gender: Male

Beneficiary
Name: Jane Doe
Relationship: Spouse

Premiums
Monthly Premium: \$50
Annual Premium: \$600

Coverage Details
This policy provides coverage for the insured person for a term of 10 years. The face amount of the policy is \$1,000,000. The policy is subject to the terms, conditions, and exclusions set forth in the policy contract.

Signatures
Insured: John Doe
Insurer: ABC Insurance Company

[illegible][illegible]

16/1

16.1 กลับเข้าสู่ line ลง
ทะเบียนโครงการ สกสค.
อีกครั้ง

- click นำส่งเอกสาร

- click นำส่งเอกสาร

