

ที่ ธกร. 1867/2564

20 ธันวาคม 2564

เรื่อง แจ้งประชาสัมพันธ์ โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครู และบุคลากรทางการศึกษา

เรียน ผู้บริหารสถานศึกษา

อ้างถึง โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา ปี 2564

- | | | |
|------------------|------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | 1. ใบคำขอเอาประกัน | จำนวน 1 ชุด |
| | 2. โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ | จำนวน 1 แผ่น |
| | 3. เอกสารแนบท้ายความคุ้มครอง | จำนวน 1 แผ่น |

ตามที่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้จัดสวัสดิการ “โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา” เพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา และครอบครัว นับต่อเนื่องมาตลอดมากกว่า 20 ปีนั้น

ตั้งแต่วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565 เวลา 12.00 น. และสิ้นสุดวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 ระยะเวลา 1 ปี โดยในปี 2565 นี้บริษัทฯ มีความยินดีขอมอบความคุ้มครองพิเศษเพิ่มเติม สำหรับการประกันภัยไวรัสโคโรนา โดยให้ความคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยภาวะโคมาหรือเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ทุนประกันภัย จำนวน 20,000 บาท แก่สมาชิกที่สมัครเอาประกันภัยผ่าน โครงการทุกท่าน

ทั้งนี้หากท่านมีความประสงค์ที่จะทำประกันภัยอุบัติเหตุ และ ประกันภัยไวรัสโคโรนาดังกล่าวข้างต้น บริษัทฯ ขอความกรุณาโปรดดำเนินการดังนี้

1.ประชาสัมพันธ์ให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาในสังกัดโดยทราบทั่วกัน และโปรดกรอรายละเอียดในใบคำขอเอาประกันให้ครบทุกช่อง

2.สำหรับความคุ้มครองเพิ่มเติมพิเศษการประกันภัยไวรัสโคโรนา บริษัทฯ ขอให้ทุกท่านได้โปรดแจ้งข้อมูล เลขที่บัตรประชาชน และหมายเลขโทรศัพท์มือถือเพื่อรับ SMS ยืนยันสิทธิความคุ้มครองดังกล่าว ทั้งนี้บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่พิจารณาให้ความคุ้มครอง หากท่านไม่แจ้งข้อมูลเลขที่บัตรประชาชน และ หมายเลขโทรศัพท์มือถือให้ครบถ้วน

3.ส่งใบคำขอเอาประกันต้นฉบับ และแนบใบเสร็จชำระเงิน ส่งไปรษณีย์มายัง

“บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120” ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2565

กรณีที่ส่งใบคำขอเอาประกันพร้อมเงินค่าเบี้ยประกันภายหลังวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565 จะถือวันเริ่มต้นคุ้มครองตามวันที่ประทับตราไปรษณีย์หรือ ธนาคารเป็นสำคัญ

4.บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะจัดส่งบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัยเป็นรายบุคคลภายใน 30 วัน ไปยังสถานศึกษา หรือหน่วยงานของผู้เอาประกันแล้วแต่กรณี

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา และบริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจักได้รับใช้ท่านในการรับประกันภัยครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด(มหาชน)



(นายศิเรศ ศิริมงคล)

ผู้อำนวยการฝ่ายธุรกิจภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

โทรศัพท์ 0-2239-2172, 0-2239-2006 โทรสาร 0-2239-2049 ต่อ 2008

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครู และบุคลากรทางการศึกษา

ความคุ้มครอง ๑๐๑

(โปรดดูรายละเอียดหน้าขาวมื่อ)

ระยะเวลาประกัน

เริ่มต้น เมื่อบริษัทฯ ได้รับใบสมัครพร้อมเบี้ยประกันตามหลักเกณฑ์ภายในวันที่ 31 มีนาคม
โดยถือตราประทับของไปรษณีย์หรือธนาคารเป็นสำคัญ
สิ้นสุด วันที่ 20 กุมภาพันธ์ เวลา 12.00 น.

เบี้ยประกันตามระยะเวลาประกันภัย

ทุนประกัน	เบี้ยประกันต่อปี
ก. 300,000.- บาท	315.- บาท
ข. 500,000.- บาท	525.- บาท

คุณสมบัติผู้เอาประกัน

- อายุไม่เกิน 60 ปี ณ วันเอาประกัน สามารถต่ออายุประกันได้ถึง 65 ปี
- เป็นครูและบุคลากร คู่สมรส หรือผู้เอาประกันที่ขอต่ออายุการเอาประกันในครั้งนี้
- บุตรของครูและบุคลากร ที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป สามารถทำประกันทุน 300,000.- บาท เบี้ยประกัน 315.- บาท

ผู้รับประกัน

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

เบอร์ติดต่อ 0-2239-2172, 0-2239-2006 แฟกซ์ 0-2239-2049 ต่อ 2006

ที่อยู่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร 10210

ติดต่อสอบถาม กรุณา Add Line เพื่อความสะดวกในการติดต่อสอบถามเพิ่มเติม หรือแจ้งสินไหมเบื้องต้น เพื่อประโยชน์ของท่าน

@TIPSCHOOL หรือสแกน QR CODE



ค่าใช้จ่ายสำหรับสถานศึกษาในการจัดส่งเอกสาร และค่าธรรมเนียมต่าง ๆ

ทุนประกัน	ผู้เอาประกันจ่ายเบี้ยประกันต่อปีหักเป็นค่าจัดการไว้รายละเอียด	เบี้ยประกันที่ต้องส่งบริษัทฯ
ก. 300,000.- บาท	315.- บาท	15.- บาท
ข. 500,000.- บาท	525.- บาท	25.- บาท

หมายเหตุ โปรดใช้เพียงบัตรเบี้ยประกันใบนี้ในการกรอกใบสมัครและชำระเงินค่าเบี้ยประกันเท่านั้น

คำเตือน - ความคุ้มครอง ตามใบสมัครนี้จะเกิดขึ้นต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินค่าเบี้ยประกันแล้วเท่านั้น
- หมดเขตรับสมัครวันที่ 31 มีนาคม

รายละเอียดความคุ้มครอง ข้อยกเว้น และการจ่ายค่าสินไหมทดแทนสำหรับการประกันตามใบสมัครนี้

แบบ อบ.1 ตามมาตรฐานของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ความคุ้มครอง

การประกันภัยนี้ให้ความคุ้มครองความสูญเสีย อันเกิดจากความบาดเจ็บจากปัจจัยภายนอกร่างกายของผู้เอาประกันภัยตลอด 24 ชั่วโมงไม่ว่าจะอยู่ในระหว่างปฏิบัติหน้าที่ หรือนอกเวลาทำงาน รวมทั้งการเดินทางไม่ว่าจะเป็นการเดินทางโดย รถยนต์ เรือ หรือเครื่องบินพาณิชย์ที่มีเส้นทางบินโดยปกติ โดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังนี้

ผลข้อ 1

การเสียชีวิต
1.1 กรณีความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้เสียชีวิตภายใน 180 วัน นับแต่วันเกิดอุบัติเหตุ **จ่ายค่าสินไหมทดแทน**
100% ของทุนประกันภัย

ผลข้อ 2

การสูญเสียอวัยวะและสายตา
2.1 สูญเสียมือทั้งสองข้าง หรือเท้าสองข้างตั้งแต่ข้อมือหรือเท้า หรือสายตาทั้งสองข้าง หรืออย่างละหนึ่งข้าง รวมกันสองอย่างขึ้นไป 100% ของทุนประกันภัย
2.2 สูญเสียมือหรือเท้าตั้งแต่ข้อมือหรือข้อเท้าหนึ่งข้างหรือสายตาดูข้างหนึ่ง 60% ของทุนประกันภัย

ผลข้อ 3

ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานได้ตลอดไป
ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับ ทำให้ตกเป็นทุพพลภาพสิ้นเชิงภายใน 180 วัน 100% ของทุนประกันภัย
นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุและทุพพลภาพถาวร สิ้นเชิงนั้นได้เป็นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือน

ข้อยกเว้น

การประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครอง

- ความสูญเสีย หรือความเสียหายใดๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากเหตุดังต่อไปนี้**
 - การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถทรงสติได้ คำว่า "ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา" นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป
 - การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทรมานร่างกายตัวเอง
 - การได้รับเชื้อปรสิต วัณโรค การติดเชื้อโรค หรือบาดเจ็บจาก หรือโรคกลัวน้ำ ซึ่งเกิดจากบาดแผลที่ได้รับมาจากอุบัติเหตุ
 - การรักษาทางเวชกรรมหรือศัลยกรรม เว้นแต่จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากได้รับบาดเจ็บซึ่งได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้และได้กระทำภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย
 - การแท้งลูก
 - การรักษาฟันหรือการรักษารากฟัน เว้นแต่การรักษาที่เกิดขึ้นภายใน 7 วันนับจากวันเกิดอุบัติเหตุ
 - อาหกรเป็นพิษ
 - การปวดหลัง อันมีสาเหตุมาจาก หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท กระดูกสันหลังเลื่อน (Spondylolisthesis) กระดูกสันหลังเสื่อม (Degeneration) หรือ (Spondylolysis) กระดูกสันหลังอักเสบ (Spondylitis) และภาวะ Spondylolysis เว้นแต่มีการแตกหัก (Fracture) หรือเคลื่อน (Dislocation) ของกระดูกสันหลังอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
 - สงคราม (ไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม) การรุกรานหรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือขึ้นต่อต้านรัฐบาล การจลาจล การนัดหยุดงาน
 - อาวุธนิวเคลียร์ การแพร่รังสี หรือ กัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์หรือจากกากนิวเคลียร์ใดๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ และกรรมวิธีใดๆ แห่งการแตกแยกกัวทางนิวเคลียร์ ซึ่งดำเนินการติดต่อกันไปโดยตัวของมันเอง
- ความสูญเสีย หรือความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้**
 - ขณะที่ผู้เอาประกันภัยล่าสัตว์ในป่า แข่งรถหรือแข่งเรือทุกชนิด แข่งม้า เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิด รวมถึงเจ็ตสกีด้วย แข่งสเก็ต ขกมวย โครม (เว้นแต่การ โครมเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือเครื่องร่อน หรือเล่นบันไดจัมพ์ ปีนหรือไต่เขาที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย ดำน้ำที่ต้องใช้อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยหายใจได้น้ำ
 - ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี่ยานพาหนะหรือโดยสารรถจักรยานยนต์
 - ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขึ้นหรือกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในอากาศยาน ที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบินทุกผู้โดยสาร และมิได้ประกอบการโดยสารโดยการบินพาณิชย์
 - ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี่ยานพาหนะหรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใดๆ
 - ขณะที่ผู้เอาประกันภัยร่วมทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนช่วยทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท
 - ขณะที่ผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรม หรือขณะที่ถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
 - ขณะที่ผู้เอาประกันภัยปฏิบัติหน้าที่เป็น ทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม แต่หากการเข้าปฏิบัติการนั้นเกิน 30 วัน บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยตั้งแต่ระยะเวลาที่เข้าปฏิบัติการสงครามหรือปราบปรามนั้น จนถึงวันสิ้นสุดการปฏิบัติการนั้น ส่วนหลังจากนั้นให้กรมธรรม์มีผลบังคับต่อไปจนสิ้นสุดระยะเวลาประกันภัยที่กำหนดไว้ในตารางสำหรับสาเหตุต่อไปนี้ (แต่ถ้ามิได้โดยไม่ได้คิดเบี้ยประกันเพิ่มเติมแต่อย่างใด)

ความคุ้มครองเพิ่มเติม

- สำหรับ ภัยฆาตกรรม 50 % ของทุนประกัน
- สำหรับ ภัยขับขี่ยานพาหนะโดยสาธารณภัย 30 % ของทุนประกัน

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่
1115 ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์ 1736, 0-2239 2200
โทรสาร 0-2239 2049
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
0107538000533



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY
ใบคำขอเอาประกัน

ต้นฉบับ

HEAD OFFICE ADDRESS :-
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,
Yannawa, Bangkok 10120
TEL 1736, 0 2239 2200
FAX 0 2239 2049
บมจ 576
www.dhipaya.co.th

App No.

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

เลขที่อ้างอิง 13022021197

มหาวิทยาลัยทักษิณ ตำบล เขารูปช้าง อำเภอ เมืองสงขลา จังหวัด สงขลา 10300 โทร	วิธีการชำระเงิน ชำระเบี้ยประกันทางไปรษณีย์ผ่านระบบ Pay at Post พร้อมแนบ ใบเสร็จรับเงินและใบคำขอเอาประกันมายังบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) 1115 ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร กรุงเทพฯ 10120 โทร. 0-2239-2172, 0-2239-2006 โทรสาร. 0-2239-2049 ต่อ 2006 หรือส่ง Email : pa_geb@dhipaya.co.th
--	--

- ผู้เอาประกันกรณกรอกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง สำหรับผู้สมัครใหม่ต้องแนบสำเนาบัตรประชาชน
- ผู้เอาประกันที่ต้องการเพิ่ม-ลดทุนประกัน ให้ขีดทับ และระบุทุน-เบี้ยประกันที่ต้องการแทน หรือ หากไม่ประสงค์จะต่อประกันให้ขีดทับทั้งรายการ

ลำดับ ที่	ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกัน	อายุ	บัตรประชาชน	ทุนประกัน	เบี้ยประกัน			ผู้รับผลประโยชน์
					สมาชิก	คู่สมรส	บุตร	

เบี้ยประกันภัยรวมทั้งสิ้น

ลงชื่อ หัวหน้าส่วนราชการ / หน่วยงาน / สถานศึกษา

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับการชำระด้วยเงินสดเท่านั้น				ใบชำระเบี้ยประกันภัยผ่านเคาน์เตอร์	
เพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107538000533				สาขาผู้รับฝาก.....วันที่...../...../.....	
เงินสด	บาท			SERVICE CODE : DHP	
				ผู้เอาประกัน มหาวิทยาลัยทักษิณ	
				Customer No/Ref.1 13022021197	
				Bill No/Ref.2 1765	
☐ ร.กรุงไทย เลขที่บัญชี 6303				สำหรับเจ้าหน้าที่	
☐ ไปรษณีย์ไทยทั่วประเทศ Pay@Post 905					
					
010753800053300 13022021197 1765 00					

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับการชำระด้วยเงินสดเท่านั้น			ใบชำระเบี้ยประกันภัยผ่านเคาน์เตอร์	
เพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107538000533			สาขาผู้รับฝาก.....วันที่...../...../.....	
เงินสด	บาท		SERVICE CODE : DHP	
			ผู้เอาประกัน มหาวิทยาลัยทักษิณ	
			Customer No/Ref.1 13022021197	
			Bill No/Ref.2 1765	
☐ ธ.กรุงไทย เลขที่บัญชี 6303			สำหรับเจ้าหน้าที่	
☐ ไปรษณีย์ไทยทั่วประเทศ Pay@Post 905				
				
1010753800053300 13022021197 1765 00				