

ด่วนที่สุด

ที่ รบ ๐๐๓๓/ ว ๗๔๔



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี
ถนนศรีสุริยวงศ์ ราชบุรี ๗๐๐๐๐

31 มกราคม 2567

เรื่อง การทำประกันอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง, โรงพยาบาลค่ายภาณุรังษี, โรงพยาบาลชานคามิลโล, โรงพยาบาล
กรุงเทพมหานคร, สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง, ประธานมูลนิธิ ๔ แห่ง, นายก อบท. ที่ตั้งหน่วยกู้ชีพ,
หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครการทำประกันฯ

จำนวน ๑ ฉบับ

๒. แผนความคุ้มครองประกันอุบัติเหตุ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ได้รับแจ้งจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
เรื่อง โครงการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน
แห่งชาติร่วมกับบริษัททิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้จัดทำโครงการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับ
บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้แก่บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีทุนประกัน
๒๐๐,๐๐๐ บาท/คน เบี้ยประกันภัย ๒๐๐ บาท/คน/ปี แต่ผู้เอาประกันจ่ายเพียง ๑๒๐ บาท/คน/ปี และบริษัท
ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) สนับสนุนค่าเบี้ยประกัน ๘๐ บาท/คน/ปี กรณีสูญเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และ
ทุพพลภาพถาวร ให้ความคุ้มครองตลอด ๒๔ ชั่วโมงทั่วโลก ผู้ที่ทำประกันภัยต้องมีอายุระหว่าง ๕-๖๐ ปี แต่ถ้าผู้
เอาประกันภัยอายุเกิน ๖๐ ปี แต่ไม่เกิน ๗๐ ปี จ่ายเบี้ยประกันภัย ๓๒๐ บาท/คน/ปี ค่าสมัครสำหรับครอบครั
ผู้เอาประกันภัย อายุระหว่าง ๕-๖๐ ปี จ่าย ๒๐๐ บาท/คน/ปี แต่ถ้าผู้เอาประกันภัยอายุเกิน ๖๐ ปี แต่ไม่เกิน
๗๐ ปี จ่ายเบี้ยประกันภัย ๓๒๐ บาท/คน/ปี (กรมธรรม์ความคุ้มครองเริ่มคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม
๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘)

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี จึงขอให้ท่านแจ้งผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์
ฉุกเฉินและผู้ที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่สนใจจะทำประกันชีวิตดังกล่าว โดยส่งใบสมัคร/เงิน
ค่าประกันภัย/สำเนาบัตรประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ไปที่กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และและพิจารณาดำเนินการดังกล่าวต่อไปด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางปาจริย์ อารีย์รบ)

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

โทร.๐-๓๒๓๒-๘๑๐๑ - ๗ ต่อ ๕๐๖

โทรสาร ๐-๓๒๓๒-๘๑๑๐

ผู้ประสานงาน น.ส.ณัฐวีร์ โกมลเปริน โทรศัพท์ ๐๘๔-๐๗๕๓๖๕๙

Email: emsrb01@gmail.com



ทพปประกันภัย
DHIFAYA INSURANCE
ภาคผู้รับประกันภัย

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

แผนความคุ้มครองประกันอุบัติเหตุ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

ข้อตกลงคุ้มครอง (อป.2)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)									
	แผนมาตรฐาน		แผนพิเศษ							
	สมาชิก	ครอบครัว	สมาชิก	ครอบครัว	สมาชิก	ครอบครัว	สมาชิก	ครอบครัว	สมาชิก	ครอบครัว
- การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- ทพพณาถาวร	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- สูญเสียมือ 1 ข้าง หรือเท้า 1 ข้าง (ตั้งแต่ 2 ข้างขึ้นไป)	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- สูญเสียมือ 1 ข้าง หรือเท้า 1 ข้าง หรือสายตาม 1 ข้าง	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000
- สูญเสียอวัยวะ การรับฟัง การพูดออกเสียง	ตาม อบ.2	ตาม อบ.2	ตาม อบ.2	ตาม อบ.2	ตาม อบ.2	ตาม อบ.2	ตาม อบ.2	ตาม อบ.2	ตาม อบ.2	ตาม อบ.2
- ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพ กรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย (ระยะเวลาชดเชย 180 วัน)	10,000 (จากอุบัติเหตุ)	ไม่มี	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
- อุบัติเหตุสาธารณะ (ยานพาหนะสาธารณะ หรืออาคารสาธารณะ หรือลิฟท์สาธารณะ)	ไม่มี	ไม่มี	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- การขับไล่และโดยสาธารณะ (ยานพาหนะสาธารณะ หรืออาคารสาธารณะ หรือลิฟท์สาธารณะ)	100,000	100,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- การโดยสารอากาศยานที่มีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์ (สูงสุดไม่เกิน 10 ล้านบาท)	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความไม่สงบถึงขนาดถูกยึดครองตัวรัฐบาล	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- การถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- ค่ารักษาพยาบาล (ต่อครั้ง)	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	5,000	5,000	5,000	5,000	10,000	10,000
เปรียบเทียบสุทธิ/คน										
อายุ 5-60 ปี	120	200	200	240	360	390	500	550	ไม่มี	ไม่มี
อายุ เกิน60-70 ปี	320	320	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

เงื่อนไขและข้อควรระวังอื่นๆ ให้ใช้ไปตามกรมธรรม์ฉบับมาตรฐานการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลแบบพิเศษ

ใบเสนอราคา เลขที่ PQBU.0787(1)/59 ไม่อ้างถึง แผนมาตรฐานสมาชิก

ใบเสนอราคา เลขที่ PQBU.0787(2)/59 ไม่อ้างถึง แผนมาตรฐานครอบครัว

ใบเสนอราคาเลขที่ PQBU2018-AHI-41-0612 Rev.05 ไม่อ้างถึง แผนพิเศษ แผน 1 สมาชิก และแผนพิเศษ แผน 1 ครอบครัว

ใบเสนอราคาเลขที่ PQBU2018-AHI-41-0612 Rev.06 ไม่อ้างถึง แผนพิเศษ แผน 2 สมาชิก และแผนพิเศษ แผน 2 ครอบครัว

ใบเสนอราคาเลขที่ PQBU2018-AHI-41-0613 Rev.05 ไม่อ้างถึง แผนพิเศษ แผน 3 สมาชิก และแผนพิเศษ แผน 3 ครอบครัว

หมายเหตุ : 1. กรณีผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะจ่ายเพิ่ม 100% ของจำนวนเงินผลประโยชน์ตามข้อตกลงคุ้มครอง อบ.2

2. อากาศแสดงปี 0.4% เว้นแต่ทำ ยินดีรับชำระแทนสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติทั้งสิ้น

So. (Signature)

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ทิพย แบบพิเศษ

ข้อมูลส่วนตัวผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย (รายละเอียดของหน่วยงานแกนหลักในการทำประกัน)

ชื่อ _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____
ที่อยู่ _____
ลักษณะธุรกิจ _____
จำนวนพนักงาน _____ คน

ข้อมูลส่วนตัวผู้ขอเอาประกันภัย (รายละเอียดของผู้สมัครประกัน)

ข้าพเจ้า ชื่อ _____ นามสกุล _____ เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด ____/____/____ อายุ _____ ปี
เลขประจำตัวประชาชน _____ อาชีพ _____
ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป _____ เงินเดือน / ค่าจ้าง ปีละ _____ รายได้อื่นๆ ปีละ _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____
ที่ทำงาน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____
ผู้รับประโยชน์ : _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____
ที่อยู่ปัจจุบัน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____
แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : แผน _____ (แผนมาตรฐานและแผนพิเศษ)

ความคุ้มครอง	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)	เบี้ยประกันภัย (บาท)
	200,000	

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ 1 มีนาคม 2567 เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 เวลา 16.30 น.

ประวัติสุขภาพของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัททิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท

บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท

บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท

2. ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการต่ออายุสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) _____

3. ท่านขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์หรือไม่

☐ ไม่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ

4. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เจือปนหรือไม่

☐ ไม่ ☐ เป็นครั้งคราว ☐ เป็นประจำ

5. ท่านกำลังป่วยเป็น หรือเคยเป็น หรือมีอาการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเคยได้รับการตรวจรักษา หรือบอกกล่าว หรือคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับโรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคเมเร็ง โรคเอดส์ หรือมีเชื้อไวรัส HIV โรคหลอดเลือดสมอง (เส้นเลือดในสมองแตก) หรือโรคพิษสุราเรื้อรังหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

6. ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

7. ท่านมีความผิดปกติของสายตาหรือประสาทหูบ้างหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

8. ท่านมีอวัยวะส่วนใดพิการบ้างหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

9. ท่านเคยเสพสารเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

10. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?

☐ ไม่เคย / ไม่มี ☐ เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) _____

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้ารับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีความพิการใดๆ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นหลักฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของ ข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติ การรักษาพยาบาลและสภาพร่างกาย ของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์การอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึง ชื่อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยชื่อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย

()

ตำแหน่งของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยได้ตามประมวล

กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัย - กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ทิพย แบบพิเศษ หน้า 2/2

กรณีใบสมัครครบถ้วนใส่ข้อมูลอ้างอิงผู้ปฏิบัติ ชื่อ-สกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ผู้รับประโยชน์ ๒. ความสัมพันธ์

ผู้รับประโยชน์ ๓. ความสัมพันธ์