



ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

สพ.กาญจนบุรี เขต 2
 เลขที่รับ... 1408
 หอพักกฤษณ์วัฒโนสถม
 วันที่... 3-มี.ค. 2566
 ผู้รับ.....
 เวลา.....
 อำนวยกร แผนฯ
 การเงิน ส่งเสริมฯ
 นิเทศ ตรวจสอบ
 กฎหมาย DLICT

ที่ รทร. 2616/2565

19 ธันวาคม 2565

เรื่อง ประชาสัมพันธ์โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครู และบุคลากรทางการศึกษาปี 2566
 เรียน ผู้บริหารสถานศึกษา
 อ้างถึง โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาปี 2565

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

ตามที่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้จัดทำประกันภัยสวัสดิการ "โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา" เพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา และครอบครัว นับต่อเนืองมาตลอดมาเป็นเวลา 24 ปี

ในโอกาสพิเศษครบรอบ 24 ปีนี้ทางบริษัทฯ จึงได้จัดกิจกรรมพิเศษให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษารวมถึงบุตรที่สมัครเอาประกันภัย มีสิทธิในการเข้าร่วมชิงรางวัลทองคำ จำนวน 13 รางวัล มูลค่ารวมกว่า 300,000.- บาท เพียงร่วมกิจกรรมตอบคำถามที่ว่า "ทำไมถึงต้องมีการประกันภัย" โดยสามารถส่งคำตอบพร้อมแจ้ง ชื่อ -นามสกุล และชื่อโรงเรียนต้นสังกัดมาที่ Line Add : @TIPSCHOOL บริษัทฯ จะคัดเลือกคำตอบที่โดนใจกรรมการมากที่สุด และประกาศผลให้ทราบผ่านช่องทาง Line@ต่อไป

ทั้งนี้กิจกรรมใหม่จะเริ่มมีผลคุ้มครองในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 - 2567 โดยสามารถส่งข้อมูลเพื่อจัดทำประกันภัย และร่วมตอบคำถามชิงรางวัลทองคำได้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม 2566 บริษัทฯ จึงขอความอนุเคราะห์มายังท่านได้โปรดดำเนินการดังนี้

- 1.ประชาสัมพันธ์ให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาในสังกัดโดยทราบทั่วกัน และสำรวจความประสงค์ในการสมัครเอาประกันภัยของครูบุคลากรทางการศึกษา คู่สมรส และบุตรที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป
- 2.ชำระเบี้ยประกันภัยผ่านเคาน์เตอร์ไปรษณีย์ พร้อมส่งใบคำขอเอาประกันภัยต้นฉบับ และแนบใบเสร็จชำระเงินส่งไปรษณีย์มายัง บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
- 3.บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะดำเนินการจัดทำกรมธรรม์ และจัดส่งบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัยเป็นรายบุคคลภายใน 30 วัน ไปยังสถานศึกษา หรือหน่วยงานของผู้เอาประกัน แล้วแต่กรณี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา บริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความไว้วางใจจากท่าน และขอขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิขเรศ ศิริมงคล)

ผู้อำนวยการฝ่ายธุรกิจภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ

ผู้ประสานงานโครงการ (จันทิมา กมทงษ์)
 โทร.02-239-2006, 081-833-0568

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
 เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

Dhipaya Insurance Public Company Limited
 1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,
 Yannawa, Bangkok 10120, Thailand.

Tel : +66 (0) 2239 2200 Call Center 1736
 Fax : +66 (0) 2239 2049
 www.dhipaya.co.th

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์ 1736, 0 2239 2200
โทรสาร 0 2239 2049
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
0107538000533



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY

ใบคำขอเอาประกัน

ต้นฉบับส่งบริษัท

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

App No.

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

เลขที่อ้างอิง. 13023027999

<p>สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต 2</p> <p>ตำบลหนองโรง อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี 71140 โทร</p>	<p>วิธีการชำระเงิน ชำระเบี้ยประกันทางไปรษณีย์ผ่านระบบ Pay at Post พร้อมแนบ ใบเสร็จรับเงินและใบคำขอเอาประกันมายังบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120 โทร. 0-2239-2172, 0-2239-2006 โทรสาร. 0-2239-2049 ต่อ 2006 หรือส่ง Email : pa_geb@dhipaya.co.th</p>
--	--

- ผู้เอาประกันภัยกรณการกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง และเพิ่มเติมเลขบัตรประชาชนสำหรับรายเดิมที่ไม่ได้ระบุไว้ในเอกสารฉบับนี้
- ผู้เอาประกันภัยที่ต้องการเพิ่ม - ลด ทุนประกันภัย ให้ขีดทับ และระบุทุนประกันภัย - เบี้ยประกันภัยที่ต้องการแทน หรือหากไม่ประสงค์ต่อประกันภัยให้ขีดทับทั้งรายการ
- ขอทราบเบอร์ติดต่อ เพื่อสะดวกในการติดต่อประสานงานด้านสินไหม และสำหรับผู้สมัครใหม่ต้องแนบบัตรประชาชน

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

เบี้ยประกันภัยรวมทั้งสิ้น

ลงชื่อ หัวหน้าส่วนราชการ / หน่วยงาน / สถานศึกษา

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับการชำระด้วยเงินสดเท่านั้น

เพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107538000533 สาขาผู้รับฝาก.....วันที่...../...../.....

เงินสด	บาท			SERVICE CODE : DHP
<input type="checkbox"/> ช กรุงไทย เลขที่บัญชี 6303 <input type="checkbox"/> ไปรษณีย์ไทยทั่วประเทศ Pay@Post 905		ผู้เอาประกัน	สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี	Customer No/Ref.1 13023027999
		Bill No/Ref 2	1765	

สำหรับเจ้าหน้าที่

1010753800053300 13023027999 1765 00

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์ 1736, 0 2239 2200
โทรสาร 0 2239 2049
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
0107538000533



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY
ใบคำขอเอาประกัน

สำเนา
HEAD OFFICE ADDRESS :-
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,
Yannawa, Bangkok 10120
TEL. 1736, 0 2239 2200
FAX. 0 2239 2049
ม.จ. 576
www.dhipaya.co.th
เลขที่อ้างอิง. 13023027999

App No.

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี เขต 2 ตำบลหนองโรง อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี 71140 โทร	วิธีการชำระเงิน ชำระเบี้ยประกันทางไปรษณีย์ผ่านระบบ Pay at Post พร้อมแนบ ใบเสร็จรับเงินและใบคำขอเอาประกันมายังบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120 โทร. 0-2239-2172, 0-2239-2006 โทรสาร. 0-2239-2049 ต่อ 2006 หรือส่ง Email : pa_geb@dhipaya.co.th
--	---

- ผู้เอาประกันภัยกรุณากรอรายละเอียดให้ครบทุกช่อง และเพิ่มเติมเลขบัตรประชาชนสำหรับรายเดิมที่ไม่ได้ระบุไว้ในเอกสารฉบับนี้
- ผู้เอาประกันภัยที่ต้องการเพิ่ม - ลด ทุนประกันภัย ให้ขีดทับ และระบุทุนประกันภัย - เบี้ยประกันภัยที่ต้องการแทน หรือหากไม่ประสงค์ต่อประกันภัยให้ขีดทับทั้งรายการ
- ขอทราบเบอร์ติดต่อ เพื่อสะดวกในการติดต่อประสานงานด้านสินไหม และสำหรับผู้สมัครใหม่ต้องแนบสำเนาบัตรประชาชน

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

เบี้ยประกันภัยรวมทั้งสิ้น

ลงชื่อ หัวหน้าส่วนราชการ / หน่วยงาน / สถานศึกษา

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับการชำระด้วยเงินสดเท่านั้น

เพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107538000533 สาขาผู้รับฝาก.....วันที่...../...../.....

เงินสด	บาท		SERVICE CODE : DHP
<input type="checkbox"/> ช.กรุงเทพฯ เลขที่บัญชี 6303 <input type="checkbox"/> ไปรษณีย์ไทยทั่วประเทศ Pay@Post 905			ผู้เอาประกัน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากาญจนบุรี Customer No/Ref.1 13023027999 Bill No/Ref.2 1765
			สำหรับเจ้าหน้าที่

1010753800053300 13023027999 1765 00

โครงการประกันคุณภาพผู้ดูแลผู้พิการและผู้ดูแลอาสาสมัคร (ไปรษณีย์และอิเล็กทรอนิกส์)

ความคุ้มครอง ๑๑.๑

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

เบี้ยประกันตามระยะเวลาประกัน

ทุนประกัน	เบี้ยประกันต่อปี
ก. 3,000,000.- บาท	315.- บาท
ข. 5,000,000.- บาท	525.- บาท

คุณสมบัติผู้ขอประกัน

- 1.อายุไม่เกิน 60 ปี ณ วันขอประกัน สามารถต่ออายุได้ถึง 65 ปี
- 2.เป็นมรดกและบุตรการ ผู้สมรส หรือผู้ขอประกันที่ขอต่ออายุเอาประกันในครั้งนี้
- 3.บุตรของลูกและบุตรการ ที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป สามารถทำประกันทุน 300,000.- บาท เบี้ยประกัน 315.- บาท

ผู้รับประกัน บริษัท ทิพย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

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

ที่อยู่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร 10120

ติดต่อสอบถาม กรุณา Add Line เพื่อความสะดวกในการติดต่อสอบถามเพิ่มเติม หรือส่งอีเมลเข้ามาเมื่อถึงวัน เพื่อประโยชน์ของท่าน

@TPSCHOOL หรือสแกน QR CODE



ค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดส่งเอกสาร และค่าธรรมเนียมต่างๆ

ทุนประกัน	ผู้ขอประกันจ่ายเบี้ยประกันต่อปี	เบี้ยประกันต่อผู้ดูแลอาสาสมัคร	เบี้ยประกันต่อผู้ดูแลผู้พิการ
ก. 3,000,000.- บาท	315.- บาท	15.- บาท	300.- บาท
ข. 5,000,000.- บาท	525.- บาท	25.- บาท	500.- บาท

คำเตือน - ความคุ้มครองตามใบสมัครนี้จะเกิดขึ้นต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินค่าเบี้ยประกันแล้วเท่านั้น

- หมวดค่าบริหารจัดการ 31 มีบาท

รายละเอียดความคุ้มครอง ข้อก่อน และการจ่ายค่าสินไหมทดแทนสำหรับการประกันตามใบสมัครนี้

แบบ อน.1 ตามมาตรฐานของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

การประกันชีวิตให้ความคุ้มครองจากอุบัติเหตุ อุบัติภัย ความบาดเจ็บจากอุบัติเหตุของชีวิตของผู้ประกันตนตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ว่าจะอยู่ในระหว่างปฏิบัติหน้าที่ หรือนอกเวลาทำงาน รวมทั้งการเดินทาง รวมทั้งการเดินทางโดย รถยนต์ เรือ หรือเครื่องบินทางพาณิชย์ที่เดินทางบินโดยปกติ โดยอุบัติเหตุและทำที่กักตุนตัว

การเสียชีวิต

1.1 กรณีความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้เสียชีวิตภายใน 180 วัน นับแต่วันเกิดอุบัติเหตุ

จ่ายค่าสินไหมทดแทน 100% ของทุนประกัน

การสูญเสียอวัยวะและอวัยวะ

2.1 สูญเสียอวัยวะสองข้าง หรือสองอวัยวะข้าง หรือสองอวัยวะข้าง หรือสองอวัยวะข้าง หรือสองอวัยวะข้าง หรือสองอวัยวะข้าง

100% ของทุนประกัน

ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

2.2 สูญเสียอวัยวะหรืออวัยวะสองข้างหรือสองอวัยวะข้าง หรือสองอวัยวะข้าง หรือสองอวัยวะข้าง หรือสองอวัยวะข้าง

60% ของทุนประกัน

ค่าความบาดเจ็บที่ได้รับ

ทำค่าความบาดเจ็บที่ได้รับ ทำค่าความบาดเจ็บที่ได้รับ ทำค่าความบาดเจ็บที่ได้รับ ทำค่าความบาดเจ็บที่ได้รับ

100% ของทุนประกัน

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย

การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย การประกันภัยความรับผิดตามกฎหมาย