



อบต.นายกปลัด
เลขที่รับ. ๒๒๔๘ ๒๒๕๐
วันที่ ๑๓ ส.ค. ๒๕๖๙
เวลา ๑๕.๐๙

ที่ ขย ๐๐๓๓.๐๑๐/๔๕๖๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
ถนนชัยภูมิ - แก้งคร้อ ขย ๓๖๐๐๐

๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ประชาสัมพันธ์การทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนายกปลัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แผนการคุ้มครองประกันอุบัติเหตุ

จำนวน ๑ ฉบับ

๒. ใบคำขอเอาประกัน

จำนวน ๑ ชุด

ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับ บริษัทพิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้จัดทำโครงการประกันอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๒ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้แก่บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีกำหนดการดำเนินการปีละ ๒ รอบ โดยประจำปี พ.ศ.๒๕๖๐ รอบที่ ๑ ระยะเวลาคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๗๐ และรอบที่ ๒ ระยะเวลาคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๙ ถึง ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๗๐ นั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ จึงขอประชาสัมพันธ์การทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๐ รอบที่ ๑ ระยะเวลาคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๙ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๗๐ ทั้งนี้ ขอให้รวบรวมข้อมูลรายชื่อผู้สมัคร/แสดงความจำนงค์เป็นไฟล์ Excel พร้อมด้วยสำเนาบัตรประชาชน เงินสด/เงินโอน จัดส่งไปยังกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ภายในวันจันทร์ที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๖๙ โดยดาวน์โหลดไฟล์ได้ที่ QR-Code ที่ปรากฏด้านล่างนี้ สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวศรสวรรค์ ชำชัยภูมิ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๕๗๔๙ ๗๗๓๑ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

เรียน นายก อบต.นายกปลัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางสาวอ้นจันทร์ เคนเหลื่อม)

- เพื่อโปรดทราบ/พิจารณา

- เห็นควรจึงให้

☐ สำนักปลัด ☐ กองช่าง ☐ กองคลัง

☐ กองสวัสดิการสังคม ☐ กองการศึกษา

☒ กองสาธารณสุข

☐ อื่นๆ.....

ก/ด

(นายภูษิต เจริญนาค)

เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

ขอแสดงความนับถือ

ผู้อำนวยการบุคคลชำนาญการ รักษาการแทน
หัวหน้าสำนักปลัด อบต.

(นายเชิดศักดิ์ เพิ่มปัญญา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบำเหน็จณรงค์ ปฏิบัติหน้าที่

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

(นายอนันตเดช โชตินอก)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนายกปลัด

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

โทร. ๐ ๔๔๘๑ ๑๖๙๑-๔ ต่อ ๓๐๗

โทรสาร. ๐ ๔๔๘๒ ๒๑๙๕

(นายภูษิต เจริญนาค)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนายกปลัด

คำนิยาม สสจ.ชัยภูมิ “ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ความคิดสร้างสรรค์ พัฒนานวัตกรรม ทำงานอย่างมีอาชีพ”



<https://shorturl.asia/Ghj6>

บัญชีแนบท้าย หนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ที่ ขย ๐๐๓๓.๐๑๐/๔๕๖๐ ลงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๙

- อำเภอเมืองชัยภูมิ**
๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชัยภูมิ
 ๒. นายกเทศมนตรีเมืองชัยภูมิ
 ๓. นายกเทศมนตรีตำบลค่ายหมื่นแผ้ว
 ๔. นายกเทศมนตรีตำบลโคกสูง
 ๕. นายกเทศมนตรีตำบลชีลอง
 ๖. นายกเทศมนตรีตำบลลาดใหญ่
 ๗. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาฝาย
 ๘. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านค่าย
 ๙. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลลาดใหญ่
 ๑๐. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเล่า
 ๑๑. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่
 ๑๒. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าหินโงม
 ๑๓. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยต้อน
 ๑๔. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยบง
 ๑๕. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาเสียว
 ๑๖. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพหนอง
 ๑๗. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสำราญ
 ๑๘. ประธานมูลนิธิสว่างคุณธรรมชัยภูมิ

- อำเภอภูเขียว**
๑. นายกเทศมนตรีตำบลบ้านแก้ง
 ๒. นายกเทศมนตรีตำบลธาตุทอง
 ๓. นายกเทศมนตรีตำบลบ้านเพชรภูเขียว
 ๔. นายกเทศมนตรีตำบลบ้านเพชร
 ๕. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองตุม
 ๖. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านดอน
 ๗. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกวางโจน
 ๘. นายกสมาคมกู้ภัยภูเขียว

- อำเภอหนองบัวแดง**
๑. นายกเทศมนตรีตำบลท่าใหญ่
 ๒. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคูเมือง
 ๓. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวังชมภู
 ๔. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลภูดงแสง
 ๕. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลถ้ำวัวแดง
 ๖. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง
 ๗. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนางแดด
 ๘. ประธานมูลนิธิเจ้าพ่อหลวงศิริ

- อำเภอแก้งคร้อ**
๑. นายกเทศมนตรีตำบลนาหนองพุ่ม
 ๒. นายกเทศมนตรีตำบลหนองสังข์
 ๓. นายกเทศมนตรีตำบลโคกสูง
 ๔. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเก่าเตี
 ๕. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแก้ง
 ๖. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่ามะไฟหวาน
 ๗. ประธานมูลนิธิสว่างพุทธธรรมสถานแก้งคร้อ

- อำเภอจัตุรัส**
๑. นายกเทศมนตรีตำบลจัตุรัส
 ๒. นายกเทศมนตรีตำบลหนองบัวโคก
 ๓. นายกเทศมนตรีตำบลหนองบัวใหญ่
 ๔. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลละหาน
 ๕. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสัมปอ
 ๖. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส
 ๗. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัวบาน
 ๘. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกอก
 ๙. นายกสมาคมกู้ภัยหลวงบรรเทา

- อำเภอบำเหน็จณรงค์**
๑. นายกเทศมนตรีตำบลบำเหน็จณรงค์
 ๒. นายกเทศมนตรีตำบลบ้านเพชร
 ๓. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านตาล
 ๔. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหัวทะเล
 ๕. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกเจริญ
 ๖. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเพชร
 ๗. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านชวน
 ๘. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกเพชรพัฒนา

- อำเภอเกษตรสมบูรณ์**
๑. นายกเทศมนตรีตำบลบ้านเตื่อ
 ๒. นายกเทศมนตรีตำบลบ้านเป้า
 ๓. นายกเทศมนตรีตำบลบ้านบัว
 ๔. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองข่า
 ๕. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองโพนงาม
 ๖. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านหัน
 ๗. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนกก
 ๘. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสระโพนทอง
 ๙. นายกสมาคมกู้ภัยเกษตรสมบูรณ์ (กู้ภัยมังกร)

- อำเภอคอนสาร**
๑. นายกเทศมนตรีตำบลห้วยยาง
 ๒. นายกเทศมนตรีตำบลทุ่งลุยลาย
 ๓. นายกเทศมนตรีตำบลคอนสาร
 ๔. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดงบัง
 ๕. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคอนสาร
 ๖. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลดงกลาง
 ๗. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งพระ
 ๘. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนคูณ
 ๙. นายกสมาคมอาสาสมัครร่วมกตัญญูอำเภอคอนสาร
 ๑๐. นายกสมาคมจิตอาสาเพื่อมวลชนคอนสาร

- อำเภอบ้านแท่น**
๑. นายกเทศมนตรีตำบลบ้านเต่า
 ๒. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองคู
 ๓. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแท่น
 ๔. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสระพัง
 ๕. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสามสวน
 ๖. นายกสมาคมกู้ภัยสว่างพุทธธรรมบ้านแท่น

อำเภอคอนสวรรค์

๑. นายกเทศมนตรีตำบลคอนสวรรค์
๒. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกมั่งงอย
๓. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไร่
๔. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลช่องสามหมอ
๕. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโสก
๖. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศรีสำราญ
๗. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองขาม
๘. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโนนสะอาด
๙. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลคอนสวรรค์

อำเภอบ้านเขว้า

๑. นายกเทศมนตรีตำบลตลาดแร่
๒. นายกเทศมนตรีตำบลลุ่มลำชี
๓. นายกเทศมนตรีตำบลทุ่งทอง
๔. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลชีบน
๕. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลภูแลนคา

อำเภอหนองบัวระเหว

๑. หัวหน้าอุทยานแห่งชาติไทรทอง
๒. นายกเทศมนตรีตำบลห้วยแย้
๓. นายกเทศมนตรีตำบลโคกสะอาด
๔. นายกเทศมนตรีตำบลวังตะเฒ่า
๕. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโสกปลาดุก

อำเภอเทพสถิต

๑. หัวหน้าอุทยานแห่งชาติป่าหินงาม
๒. นายกเทศมนตรีตำบลเทพสถิต
๓. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่
๔. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลละตะแบก
๕. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาयाกหลัก
๖. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโป่งนก
๗. นายกสมาคมอาสาสมัครกู้ภัยสุก ๓๑ จังหวัดชัยภูมิ
๘. นายกสมาคมกู้ชีพเมตตาธรรมวังตาท้าว

อำเภอกักตี่ชุมพล

๑. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลแหลมทอง
๒. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเจียง
๓. นายกสมาคมอาสาสมัครร่วมกตัญญูชัยภูมิ

อำเภอเนินสง่า

๑. องค์การบริหารส่วนตำบลรังงาม

อำเภอซับใหญ่

๑. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่ากูป
๒. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลตะโกทอง
๓. นายกองค์การบริหารส่วนตำบลซับใหญ่

แผนความคุ้มครองประกันอุบัติเหตุ

ข้อตกลงคุ้มครอง (ฉบับ.2)	จำนวนเงินเอาประกันภัย							
	แผนมาตรฐาน		แผน 1		แผน 2		แผน 3	
	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
- ทพณภาพถาวร	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- สูญเสียมือ 1 ข้าง หรือเท้า 1 ข้าง หรือสายตา 1 ข้าง (ตั้งแต่ 2 ข้างขึ้นไป)	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- สูญเสียมือ 1 ข้าง หรือเท้า 1 ข้าง หรือสายตา 1 ข้าง	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000
- สูญเสียอวัยวะ การรับฟัง การพูดออกเสียง	ตามมาตรฐาน ฉบับ. 2	ตามมาตรฐาน ฉบับ. 2	ตามมาตรฐาน ฉบับ. 2	ตามมาตรฐาน ฉบับ. 2	ตามมาตรฐาน ฉบับ. 2	ตามมาตรฐาน ฉบับ. 2	ตามมาตรฐาน ฉบับ. 2	ตามมาตรฐาน ฉบับ. 2
- อุบัติเหตุสาธารณะ	ไม่มี	ไม่มี	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000
- ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพ กรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วย (ระยะเวลารอคอย 180 วัน)	10,000 (จากอุบัติเหตุ)	ไม่มี	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
- การชดเชยและโดยสวัสดิการรักษายานยนต์	100,000	100,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- การโดยสวัสดิการรักษายานยนต์ที่มีประกันภัยการโดยสารโดยสายการบินพาณิชย์ (สูงสุดไม่เกิน 10 ล้านบาท)*	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- การบาดเจ็บจากการจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- การถูกละเมิดกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย	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	10,000	10,000
เบี้ยประกันภัยสุขภาพ								
อายุ 5-60 ปี	120	200	200	240	360	390	500	550
อายุ 61-70 ปี	320	320	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

เงื่อนไขและข้อกำหนดอื่นๆ ให้เป็นไปตามกรมธรรม์ฉบับมาตรฐานการประกันอุบัติเหตุกลุ่มภัยพิบัติ

ใบเสนอราคาเลขที่ QBU2022-AHI-41-1830 ฉบับลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2565

ใบเสนอราคาเลขที่ QBU2022-AHI-41-1831 ฉบับลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2565

ใบเสนอราคาเลขที่ QBU2022-AHI-41-1838 ฉบับลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2565

ใบเสนอราคาเลขที่ QBU2022-AHI-41-1839 ฉบับลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2565

ใบเสนอราคาเลขที่ QBU2022-AHI-41-1840 ฉบับลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2565

หมายเหตุ : การโดยสวัสดิการรักษายานยนต์ที่มีได้ประโยชน์โดยการโดยสารโดยสายการบินพาณิชย์ (สูงสุดไม่เกิน 10 ล้านบาท) เฉพาะแผนมาตรฐาน

หลักการและเหตุผล

การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุในระยะแรก สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและเกิดความสูญเสียน้อยที่สุด ช่วยลดภาระและค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล แต่ปัจจุบันผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ยังมีน้อยมาก ที่มีอยู่ก็มีภาระงานมาก บางคนประสบอุบัติเหตุต้องสูญเสียอวัยวะ หรือเสียชีวิตระหว่างการทำงาน ในขณะที่งบประมาณสนับสนุนกลับลดลง ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญและกำลังใจ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จึงจัดทำโครงการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่ผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (โดยสมัครใจ) ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน และสร้างความอบอุ่นใจให้ครอบครัวของผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

กลุ่มเป้าหมาย

1. บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น แพทย์พยาบาล นักปฏิบัติการฉุกเฉิน การแพทย์เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ อาสาสมัครฉุกเฉิน ผู้กำกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ผู้ประสานงานปฏิบัติการฉุกเฉิน พนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน นักวิชาการสาธารณสุข

ผู้ปฏิบัติงานสนับสนุนระบบ EMS (อปท./สสจ./มูลนิธิฯ ศูนย์รับแจ้งฯ) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้บริหาร/ผู้นำท้องถิ่นที่สนับสนุนงาน EMS บุคคลที่ช่วยปฏิบัติงานในระบบ EMS ที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเลขาธิการ สพฉ./นพ.สสจ.หรือ ผอ.รพ.เห็นควรได้รับการทำประกันชีวิต และผู้ที่เกี่ยวข้องในงาน EMS อื่นๆ ระบุ 2. ญาติสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่ น้อง (อายุไม่ต่ำกว่า 5 ปี และไม่เกิน 70 ปี) ของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

วิธีดำเนินการ

สพฉ.ทำบันทึกข้อตกลงกับบริษัท ที่พยายประกันภัยจำกัด (มหาชน)

ทุนประกันและความคุ้มครอง

ทุนประกันภัยต่อคน 200,000 บาท (สองแสนบาทถ้วน)

ค่าเบี้ยประกันภัยตามแผนที่เลือก ให้ความคุ้มครองตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลกสำหรับความสูญเสียหรือเสียหายอันเกิดจากการบาดเจ็บซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอกร่างกายของผู้เอาประกันภัยโดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้

1. การเสียชีวิต
2. การสูญเสียอวัยวะ ตามที่ระบุไว้ใน อบ.2
3. ทุพพลภาพถาวร

ความคุ้มครองเพิ่มเติม

1. การชดเชยหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ กรณีเสียชีวิต คุ้มครองตามแผนที่เลือก

2. การถูกฆ่าหรือถูกทำร้ายร่างกาย
3. การจลาจล การนัดหยุดงาน

4. ขณะกำลังขึ้น-ลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสารและมีได้ประกอบการบินโดยการบินพาณิชย์

5. ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพกรณีเสียชีวิต วงเงินและความคุ้มครอง ตามแผนที่เลือก
6. อุบัติเหตุสาธารณภัย วงเงินและความคุ้มครองตามแผนที่เลือก

7. ค่ารักษาพยาบาล วงเงินและความคุ้มครองตามแผนที่เลือก

ขั้นตอนดำเนินการ

1. ผู้รับผิดชอบการทำประกันภัย สำนักกระบวนบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักการแพทย์ กทม.

1.1 แจ้งเรื่องการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (โดยสมัครใจ) ถึงหน่วยปฏิบัติการแม่ข่ายและลูกข่าย EMS/แจ้งต้นสังกัด/หัวหน้าชุดปฏิบัติการ EMS ในพื้นที่/อปท./มูลนิธิฯ

- 1.2 หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัดทดสอบถามผู้ปฏิบัติการ ที่สมัครใจทำประกันภัยกรอกใบสมัคร พร้อมแบบหลักฐาน (สำเนาบัตรประชาชน)

- 1.3 หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัดรวบรวมใบสมัคร/หลักฐานการสมัคร/เงินค่าสมัคร และจัดทำรายชื่อผู้สมัคร โดยจัดทำหนังสือนำเสนอเอกสารการสมัครจากหัวหน้าหน่วยงานเพื่อเป็นการยืนยันว่า

บุคคลที่ส่ง ใบสมัครนั้นเป็นบุคลากรในระบบการแพทย์
ฉุกเฉินและครอบครัวของบุคลากรในระบบการแพทย์
ฉุกเฉินของหน่วยงาน) ต่อ สำนักงานระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานการแพทย์ กทม.

1.4 สำนักกระบวนบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนัก
การแพทย์ กทม. จัดทำรายชื่อผู้สมัครของจังหวัดเป็น Excel
โดยตั้งชื่อดังนี้ จังหวัด วัน เดือน ปี ที่คุ้มครอง ตัวอย่าง
นครบุรี 01102560 (วันที่เริ่มคุ้มครอง 1 ตุลาคม 2560)

1.5 ส่งข้อมูลรายชื่อผู้สมัครทำปักษ์กันชีวิต
(excel file) พร้อมสำเนาใบโอนเงิน ชำระค่าเบี้ย
ประกันภัยไปยัง e-mail : wivat@thipaya.co.th

kanittakanr@thipaya.co.th และ

chadarat.kaniems.go.th wilasinee.a@niems.go.th

ภายในวันที่ 30 กันยายน และ 28 กุมภาพันธ์)

1.6 บริษัท ทิพย์ประกันภัย จำกัด ตรวจสอบ

ข้อมูล และออกกรมธรรม์ความคุ้มครองส่งให้สำนัก

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด

1.7 กรณีศิรัยรายชื่อผ่านเว็บไซต์ (ปฏิบัติตามคู่มือ)

การยื่นขอสินไหมทดแทน กรณีผู้เอาประกันเสียชีวิต

1. ผู้รับผลประโยชน์หรือญาติยื่นแบบคำขอสินไหม
ทดแทน พร้อมเอกสาร : กรอกแบบเรียกร้องใบมรณบัตร
ใบขึ้นสูตรพลศพหรือหนังสือรับรองการตาย บันทึก
ประจำวันจากตำรวจ ทะเบียนบ้าน บัตรประชาชน ของ
ผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์ ใบรับรองแพทย์
ที่ บริษัท ทิพย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

2. กรณียื่นผ่านเว็บไซต์ ปฏิบัติตามคู่มือ

ประสานสำนักงานใหญ่

1. คุณวิวัฒน์ อยู่ประเสริฐ

e-mail : wivat@thipaya.co.th

โทรศัพท์ 0 22239 2008 , 081 173 4709

โทรสาร 0 2239 2049 ต่อ 2008

2. คุณกนิษฐากานต์ ราชปรีชา

e-mail : kanittakanr@thipaya.co.th

โทรศัพท์ 0 2239 2932 , 081 833 0649

โทรสาร 0 2239 2049 ต่อ 2932

บริษัท ทิพย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายธุรกิจ
ภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ ที่ตั้ง 1115 ถนนพระราม 3
แขวงช่องนนท์ เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

เอกสารประกอบการสมัคร

- ใบสมัคร ลงนาม 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน (รับรองสำเนา) 1 ฉบับ
- เงินค่าสมัคร
- สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีญาติสายตรง)

ค่าเบี้ยประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

ตามแผนความคุ้มครองที่เลือก

ผู้ประสาน บริษัท ทิพย์ประกัน จำกัด (มหาชน)

1. คุณกฤตยา สัจจพงศธร ที่ปรึกษาโครงการ

โทรศัพท์ 081 171 3100

e-mail : khunkittaya@gmail.com

2. คุณวิวัฒน์ อยู่ประเสริฐ โทรศัพท์ 02 239 2008

081 173 4709 โทรสาร 02 239 2049 ต่อ 2008

e-mail : wivat@thipaya.co.th

ระยะเวลาดำเนินการ

รอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน

รอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม ถึง 28 กุมภาพันธ์

ระยะเวลาการคุ้มครอง 1 ปี

รอบที่ 1 เริ่มคุ้มครอง 1 ตุลาคม

รอบที่ 2 เริ่มคุ้มครอง 1 มีนาคม

ข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ www.niems.go.th

ผู้ประสาน : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

1. นางสาวภาวรัตน์ เกิดเรียน

โทรศัพท์ 081 779 1669



ทิพย์ประกันภัย
THIPAYAKAN

โครงการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม :

บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและ
เครือข่าย สฟอ.

โดย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ร่วมกับ บริษัท ทิพย์ประกันภัย จำกัด



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 _____

ผู้รับประกันภัย : _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____

ที่อยู่ปัจจุบัน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

แผนประกันภัยที่ต้องการซื้อความคุ้มครอง : แผน _____ (แผนมาตรฐานและแผนพิเศษ)

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

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ 1 ตุลาคม 2569 เวลา 00.01 น. สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2570 เวลา 24.00 น.
ประวัติสุขภาพของผู้ ขอเอาประกันภัย

1. ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัท ทิพยประกันภัย 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 ปี ที่ผ่านมา 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 ข้าพขอรับรองว่ารายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีความพิการใดๆ และตกลงที่จะให้คำขอเอาประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของ ข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ (สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย

()

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัย - กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ทิพย แบบพิเศษ หน้า 2/2

กรณีใบสมัครครบถ้วนใส่ข้อมูลอ้างอิงผู้ปฏิบัติ ชื่อ-สกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน

ผู้รับประกันภัย 2. ความสัมพันธ์

ผู้รับประกันภัย 3. ความสัมพันธ์

