



ทิพยประกันภัย

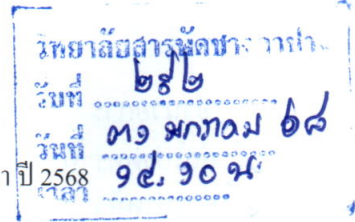
DHIPAYA INSURANCE

ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

ที่ ทรภ. 3151/2567

29 พฤศจิกายน 2567



เรื่อง ประชาสัมพันธ์โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครู และบุคลากรทางการศึกษา ปี 2568

เรียน ผู้บริหารสถานศึกษา

อ้างถึง โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา ปี 2567

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

ตามที่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้จัดทำประกันภัยสวัสดิการ “โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา” เพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงให้แก่ครู บุคลากรทางการศึกษา และครอบครัว ต่อเนื่องมาตลอด 25 ปีนี้

บริษัทฯ จึงขอเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา และแจ้งเตือนต่ออายุกรมธรรม์และ สมัครง้อประกันภัยใหม่ ประจำปี 2568

ทั้งนี้กรมธรรม์ใหม่จะเริ่มมีผลคุ้มครองในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568 - 2569 พร้อมกันทั่วประเทศโดยสามารถส่งข้อมูลเพื่อจัดทำประกันภัยได้ตั้งแต่วันที่ 29 พฤศจิกายน 2567 - 31 มีนาคม 2568 บริษัทฯ จึงขอความอนุเคราะห์มายังท่านได้โปรดดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ประชาสัมพันธ์ให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาในสังกัดได้ทราบ และสำรวจความประสงค์ในการต่ออายุกรมธรรม์ และสมัครง้อประกันภัยใหม่ของครูบุคลากรทางการศึกษา คู่สมรส ที่อายุไม่เกิน 65 ปี และบุตรที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป
2. วิธีการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านเคาน์เตอร์ไปรษณีย์ พร้อมส่งใบคำขอเอาประกันภัยต้นฉบับ และแนบใบเสร็จชำระเงินส่งไปรษณีย์มายัง บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
3. บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะดำเนินการจัดทำกรมธรรม์ และจัดส่งบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัยเป็นรายบุคคลภายใน 30 วัน ไปยังสถานศึกษา หรือหน่วยงานแล้วแต่กรณี ทั้งนี้ท่านสามารถดำเนินการก่อนวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568 เพื่อให้ได้รับกรมธรรม์รวดเร็วมากยิ่งขึ้นก่อนปิดภาคเรียน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา บริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความไว้วางใจจากท่าน และขอขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิโรตม์ สิริมงคล)

ผู้อำนวยการฝ่ายธุรกิจภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ

ผู้ประสานงานโครงการ (จันทิมา กมหงษ์)

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

เรียน ผู้อำนวยการ

เพื่อโปรดทราบ

เพื่อโปรดพิจารณา

เห็นควรแจ้ง รอ: ร.อ.ป.พ.

เห็นควรมอบ.....


๓๑ ม.ค. ๖๕

เรียน ผู้อำนวยการ

เพื่อโปรดทราบ

เพื่อโปรดพิจารณา

เห็นควรแจ้ง ร.อ. ร.อ.ป.พ., ก.ม.น.ย.ก.จ.ค.ร.

เห็นควรมอบ.....



(นายสมพงษ์ นันตะภาพ)

รองผู้อำนวยการวิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง

๓๑ ม.ค. ๖๕

ทราบ.....

แจ้ง.....

มอบ.....


(นายวิชรดี ลีจินดา)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง

3 ม.ค. ๖๕

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครู และบุคลากรทางการศึกษา

ความคุ้มครอง ฯลฯ

(โปรดดูรายละเอียดหน้าขาวมื่อ)

ระยะเวลาประกัน

เริ่มต้น เมื่อบริษัทฯ ได้รับใบสมัครพร้อมเบี้ยประกันตามหลักเกณฑ์ภายในวันที่ 31 มีนาคม โดยถือราคาระดับของโปรเจกต์หรือธนาคารเป็นสำคัญ

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 10120

ติดต่อสอบถาม กรุณา Add Line เพื่อความสะดวกในการติดต่อสอบถามเพิ่มเติม หรือแจ้งสินไหมเบื้องต้น เพื่อประโยชน์ของท่าน



@TIPSSCHOOL หรือสแกน QR CODE

ค่าใช้จ่ายสำหรับสถานศึกษาในการจัดส่งเอกสาร และค่าธรรมเนียมต่างๆ

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

หมายเหตุ โปรดใช้เพียงอัตราเบี้ยประกันในช่องนี้ในการกรอกใบสมัครและชำระเงินค่าเบี้ยประกันเท่านั้น

คำเตือน - ความคุ้มครอง ตามใบสมัครนี้จะเกิดขึ้นเมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินค่าเบี้ยประกันแล้วเท่านั้น
- หมวดเซิร์ฟวัน 31 มีนาคม

รายละเอียดความคุ้มครอง ข้อยกเว้น และการจ่ายค่าสินไหมทดแทนสำหรับการประกันตามใบสมัครนี้

แบบ อบ.1 ตามมาตรฐานของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ความคุ้มครอง

การประกันภัยนี้ให้ความคุ้มครองความสูญเสีย อันเกิดจากความบาดเจ็บจากปัจจัยภายนอกร่างกายของผู้เอาประกันภัยตลอด 24 ชั่วโมง ไม่ว่าจะอยู่ในระหว่างปฏิบัติหน้าที่ หรือนอกเวลาทำงาน รวมทั้งการเดินทางไม่จะเป็นการเดินทางโดย รถยนต์ เรือ หรือเครื่องบินพาณิชย์ที่มีเส้นทางบินโดยปกติ โดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังนี้

ผลข้อ 1

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

ผลข้อ 2

การสูญเสียอวัยวะและสายตา
2.1 สูญเสียมือทั้งสองข้าง หรือเท้าสองข้างตั้งแต่ข้อมือหรือเท้า หรือสายตาท้องสองข้าง หรืออย่างละหนึ่งข้าง รวมกันสองข้างขึ้นไป **100% ของทุนประกันภัย**
2.2 สูญเสียมือหรือเท้าตั้งแต่ข้อมือหรือข้อเท้าหนึ่งข้างหรือสายตาท้องหนึ่งข้าง **60% ของทุนประกันภัย**

ผลข้อ 3

ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ไม่สามารถประกอบหน้าที่ที่ปรารถนาได้ตลอดไป
ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับ ทำให้ตกเป็นทุพพลภาพสิ้นเชิงภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุและทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นได้เป็นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือน **100% ของทุนประกันภัย**

ข้อยกเว้น

การประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครอง

1. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใดๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากเหตุดังต่อไปนี้

- การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้ ถ้าว่า "ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา" นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป
- การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทารุณร่างกายตัวเอง
- การได้รับเชื้อปรสิติ เว้นแต่การติดเชื้อโรค หรือบาดเจ็บชก หรือโรคกลัวน้ำ ซึ่งเกิดจากบาดแผลที่ได้รับมาจากอุบัติเหตุ
- การรักษาทางเวชกรรมหรือศัลยกรรมเว้นแต่จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากได้รับบาดเจ็บซึ่งได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้และได้กระทำภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย
- การแท้งลูก
- การรักษาฟันหรือการรักษารากฟัน เว้นแต่การรักษาที่เกิดขึ้นภายใน 7 วันนับจากวันเกิดอุบัติเหตุ
- อาหารเป็นพิษ
- การปวดหลัง อันมีสาเหตุมาจาก หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท กระดูกสันหลังเลื่อน (Spondy lolisthesis) กระดูกสันหลังเสื่อม (Degenerataion) หรือ (Spondylosis) กระดูกสันหลังอักเสบ (Spondylitis) และภาวะ Spondylolysis เว้นแต่มีการแตกหัก (Fracture) หรือเคลื่อน (Dislocation) ของกระดูกสันหลังอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
- สงคราม (ไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม) การรุกรานหรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือขึ้นต่อต้านรัฐบาล การจลาจล การนัดหยุดงาน
- อาวุธนิวเคลียร์ การแคร์รังสี หรือ กัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์หรือจากกากนิวเคลียร์ใดๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ และกรรมวิธีใดๆ แห่งการแตกแยกตัวทางนิวเคลียร์ ซึ่งดำเนินการติดต่อกันไปโดยตัวของมันเอง

2. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้

- ขณะที่ผู้เอาประกันภัยล่าสัตว์ในป่า แข่งรถหรือแข่งเรือทุกชนิด แข่งม้า เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิด รวมถึงเจ็ตสกีด้วย แข่งสเก็ต ขกมวย โครม (เว้นแต่การโครมเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือเครื่องร่อน หรือเล่นบันจีจัมพ์ ปีนหรือไต่เขาที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย คำนวณที่ต้องใช้ดังกล่าว และเครื่องช่วยหายใจได้น้ำ
- ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์
- ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยาน ที่มีลักษณะเป็นเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์
- ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขีหรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใดๆ
- ขณะที่ผู้เอาประกันภัยร่วมทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนช่วยทำให้เกิดทะเลาะวิวาท
- ขณะที่ผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรม หรือขณะที่ถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
- ขณะที่ผู้เอาประกันภัยปฏิบัติหน้าที่เป็น ทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม แต่หากการเข้าปฏิบัติการณ์นั้นเกิน 30 วัน บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยตั้งแต่วันที่เข้าปฏิบัติการสงครามหรือปราบปรามนั้น จนถึงวันสิ้นสุดการปฏิบัติการณ์นั้น ส่วนหลังจากนั้นให้กรมธรรม์มีผลบังคับต่อไปจนถึงสิ้นสุดระยะเวลาประกันภัยที่กำหนดไว้ในตาราง

ขยายความคุ้มครองเพิ่มเติม สำหรับสาเหตุต่อไปนี้

- สำหรับ ภัยฆาตกรรม **50% ของทุนประกัน**
- สำหรับ ภัยขับขีและโดยสารรถจักรยานยนต์ **30% ของทุนประกัน**

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์ 1736, 0 2239 2200

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
0107538000533



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY

ใบคำขอเอาประกัน

ต้นฉบับส่งบริษัท

HEAD OFFICE ADDRESS :-
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,
Yannawa, Bangkok 10120
TEL. 1736, 0 2239 2200

โทร. 576
www.dhipaya.co.th

เลขที่อ้างอิง. 13025026537

App No.

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

วิทยาลัย สารพัดช่างลำปาง ตำบล พระบาท อำเภอ เมืองลำปาง จังหวัด ลำปาง 52000 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
---	---

- ผู้เอาประกันภัยกรุณากรอกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง 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			ใบชำระเบี้ยประกันภัยผ่านเคาน์เตอร์		
เพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107538000533			สาขาผู้รับฝาก.....วันที่...../...../.....		
เงินสด	บาท		SERVICE CODE : DHP		
			ผู้เอาประกัน วิทยาลัย สารพัดช่างลำปาง		
			Customer No/Ref.1 13025026537		
			Bill No/Ref.2 1765		
<input type="checkbox"/> ช.กรุงไทย เลขที่บัญชี 6303			สำหรับเจ้าหน้าที่		
<input type="checkbox"/> ไปรษณีย์ไทยทั่วประเทศ Pay@Post 905					
010753800053300 13025026537 1765 00					

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์ 1736, 0 2239 2200



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY

สำเนา

HEAD OFFICE ADDRESS :-
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,
Yannawa, Bangkok 10120
TEL. 1736, 0 2239 2200

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
0107538000533

ใบคำขอเอาประกัน

188 576
www.dhipaya.co.th

App No.

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

เลขที่อ้างอิง 13025026537

วิทยาลัย สารพัดช่างลำปาง ตำบล พระบาท อำเภอ เมืองลำปาง จังหวัด ลำปาง 52000 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
---	--

- ผู้เอาประกันภัยกรุณากรอกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง 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			ใบชำระเบี้ยประกันภัยผ่านเคาน์เตอร์		
เพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107538000533			สาขาผู้รับฝาก.....วันที่...../...../.....		
เงินสด	บาท		SERVICE CODE : DHP		
			ผู้เอาประกัน	วิทยาลัย สารพัดช่างลำปาง	
			Customer No/Ref.1	13025026537	
			Bill No/Ref.2	1765	
<input type="checkbox"/> ช.กรุงไทย เลขที่บัญชี 6303			สำหรับเจ้าหน้าที่		
<input type="checkbox"/> ไปรษณีย์ไทยทั่วประเทศ Pay@Post 905					
010753800053300 13025026537 1765 00					