



# ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ที่ ชภร. 1645/2565

ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 30 เลขที่รับ.....เวลา.....น.					
<input checked="" type="checkbox"/> อภ.	<input type="checkbox"/> กง.	<input type="checkbox"/> บค.	<input type="checkbox"/> พชค.	<input type="checkbox"/> ศกษ.	<input type="checkbox"/> เศษฯ มอ.
<input type="checkbox"/> ศษ.	<input type="checkbox"/> สส.	<input type="checkbox"/> นส.	<input type="checkbox"/> ศสช.	<input type="checkbox"/> ศบ.	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
(.....) เจ้าหน้าที่ธุรการ (.....) ผอ.คณะอำนาจการ					
วันที่ 6 มิ.ย. 2565 จังหวัดเชียงใหม่					
ให้เสนอต่อ ผอ.สพม.30 ภายใน 3 วัน นับตั้งแต่วันลงทะเบียนข้อ					

19 สิงหาคม 2565

*Handwritten signatures and initials*

เรื่อง ประชาสัมพันธ์โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา ปี 2565 เนื่องในโอกาสครบรอบ 23 ปี

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา  
อ้างถึง โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา ปี 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 และครบครันนับต่อเนื่องมาตลอดมาเป็นเวลา 23 ปี

ในโอกาสพิเศษครบรอบ 23 ปีนี้ทางบริษัทฯ จึงได้จัดกิจกรรมพิเศษให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษารวมถึงบุตรที่สมัครเอาประกันภัย มีสิทธิในการเข้าร่วมชิงรางวัลนาฬิกา Redmi Watch 2 Life มูลค่ารางวัลละ 1,700 บาท รวม 23 รางวัล เพียงตอบคำถามง่าย ๆ ว่า “หากได้ Redmi Watch 2 Life จะนำไปใช้ทำอะไร” ส่งคำตอบพร้อมแจ้ง ชื่อ-นามสกุล และชื่อต้น สังกัดมาที่ Line Add : @TIPSCHOOL บริษัทฯ จะคัดเลือกคำตอบที่โดนใจกรรมการมากที่สุด และแจ้งผลให้ทราบต่อไป

ทั้งนี้กิจกรรมใหม่จะเริ่มมีผลคุ้มครองในวันที่ 20 กันยายน 2565 เป็นระยะเวลา 1 ปี โดยสามารถส่งข้อมูลเพื่อจัดทำประกันภัยและตอบคำถามชิงรางวัล ได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2565 บริษัทฯ จึงขอความอนุเคราะห์มายังท่านได้โปรดดำเนินการดังนี้

- 1.ประชาสัมพันธ์ให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาในสังกัดโดยทราบทั่วกัน และสำรวจความประสงค์ในการสมัครเอาประกันภัยของครูบุคลากรทางการศึกษา คู่สมรส และบุตรที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป ตามรายชื่อในใบคำขอเอาประกันที่ส่งมาด้วย(ถ้ามี)
- 2.ชำระเงินผ่านเคาน์เตอร์ไปรษณีย์ พร้อมส่งใบคำขอเอาประกันภัยคืนฉบับ และแนบใบเสร็จชำระเงิน ส่งไปรษณีย์มายัง บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
- 3.บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะจัดส่งบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัยเป็นรายบุคคลภายใน 30 วัน ไปยังสถานศึกษา หรือหน่วยงานของผู้เอาประกัน แล้วแต่กรณี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา บริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความไว้วางใจจากท่าน และขอขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายพินิจ อำนานิยมจันทร์)  
ผู้ช่วยกรรมการผู้จัดการใหญ่

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



## โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครู และบุคลากรทางการศึกษา

(โปรดดูรายละเอียดหน้าข่าว)

ความคุ้มครอง ๑๕๓

ระยะเวลาประกัน

เริ่มต้น วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

สิ้นสุด วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๑๒.๐๐ น.

เบี้ยประกันระยะเวลาประกัน

อายุประกัน

เบี้ยประกันต่อปี

๓,๐๐๐,๐๐๐.- บาท

๕,๐๐๐,๐๐๐.- บาท

คุณสมบัติผู้เอาประกันภัย

๑. อายุไม่เกิน ๖๐ ปี ณ วันเอาประกันภัย สามารถอายุประกันได้ถึง ๖๕ ปี

๒. เป็นครูและบุคลากร ผู้สมรส หรือผู้เอาประกันภัยที่ขอต่ออายุเอาประกันภัยในครั้งนี้

๓. บุตรของครูและบุคลากร ที่มีอายุ ๖ ปีขึ้นไป สามารถทำประกันภัยทุน ๓๐๐,๐๐๐.- บาท เมื่อประกัน ๓๑๕.- บาท

ผู้รับประกัน

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

เบอร์ติดต่อ ๐-๒๒๓๙-๒๑๗๒, ๐-๒๒๓๙-๒๐๐๖ แฟกซ์ ๐-๒๒๓๙-๒๐๔๙ ต่อ ๒๐๐๖

ที่อยู่ ๑๑๑๕ ถนนพระราม ๓ แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

ติดต่อสอบถาม กรุณา Add Line เพื่อความสะดวกในการติดต่อสอบถามเพิ่มเติม หรือแจ้งสิทธิใหม่เบื้องต้น เพื่อประโยชน์ของท่าน



@TIPSCHOOL หรือสแกน QR CODE

### ค่าใช้จ่ายสำหรับสถานการณ์การจัดส่งเอกสาร และค่าธรรมเนียมต่าง ๆ

ทุนประกัน	ผู้เอาประกันภัย	เบี้ยประกันต่อปี	เบี้ยประกันต่อปี
๓,๐๐๐,๐๐๐.- บาท	๓๑๕.- บาท	๑๕.- บาท	๓๐๐.- บาท
๕,๐๐๐,๐๐๐.- บาท	๕๒๕.- บาท	๒๕.- บาท	๕๐๐.- บาท

หมายเหตุ โปรดใช้เพียงจำนวนเงินค่าเบี้ยประกันในการกรอกใบสมัครและชำระเงินค่าเบี้ยประกันเท่านั้น

คำเตือน - ความคุ้มครอง ตามใบสมัครนี้จะเกิดขึ้นต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินค่าเบี้ยประกันแล้วเท่านั้น

- หมวดขอรับสมัครวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕

## รายละเอียดความคุ้มครอง ข้อยกเว้น และการจ่ายค่าสินไหมทดแทนสำหรับการประกันภัยสุขภาพ

แบบ อบ.๑ ตามมาตรฐานของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

การประกันภัยนี้ให้ความคุ้มครองความเสียหายอันเกิดจากความบาดเจ็บทางจิตใจจากอาการของโรคภัยไข้เจ็บที่ติดต่อกัน ๒๔ ชั่วโมง ไม่ว่าจะอยู่ในระหว่างปฏิบัติหน้าที่ หรือนอกเวลาทำงาน รวมทั้งการเดินทาง ไม่ว่าจะเป็นการเดินทาง ไม่ว่าจะเป็นการเดินทาง โดย รถยนต์ เรือ หรือเครื่องบินพาณิชย์ที่มีเส้นทางบินโดยปกติ โดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังนี้

ค่าสินไหมทดแทน

๑๐๐% ของทุนประกัน

การเสียชีวิต

๑๐๐% ของทุนประกัน

ผลข้อ ๑

ผลข้อ ๒

ผลข้อ ๓

ผลข้อ ๓

ข้อยกเว้น

๑. ความสูญเสีย หรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๒. การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา การเสพติด หรืออาการสติไม่

คง ๑๕๐ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

๓. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๔. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๕. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๖. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๗. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๘. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๙. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๑๐. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๑๑. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๑๒. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๑๓. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๑๔. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๑๕. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๑๖. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๑๗. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๑๘. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๑๙. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๒๐. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๒๑. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๒๒. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๒๓. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๒๔. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๒๕. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๒๖. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๒๗. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๒๘. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๒๙. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๓๐. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๓๑. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๓๒. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๓๓. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

๓๔. การบาดเจ็บหรือความเสียหายอันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากการตั้งข้อสงสัย

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

ต้นฉบับ

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

App No.

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

เลขที่อ้างอิง: 13020008736

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาชัยภูมิ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000	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
--	---

- ผู้เอาประกันกรณีการกรอกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง สำหรับผู้สมัครใหม่ต้องแนบลำเนาบัตรประชาชน
- ผู้เอาประกันที่ต้องการเพิ่ม-ลดทุนประกัน ให้ขีดทับ และระบุทุน-เบี้ยประกันที่ต้องการแทน หรือ หากไม่ประสงค์จะต่อประกันให้ขีดทับทั้งรายการ

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกัน	อายุ	บัตรประชาชน	ทุนประกัน	เบี้ยประกัน			ผู้รับผลประโยชน์
					สมาชิก	คู่สมรส	บุตร	
รวมค่าเบี้ยประกันทั้งสิ้น								

ลงชื่อ ..... หัวหน้าส่วนราชการ / หน่วยงาน / สถานศึกษา

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับการชำระด้วยเงินสดเท่านั้น			ใบชำระเบี้ยประกันภัยผ่านเคาน์เตอร์		
เพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107538000533			สาขาผู้รับฝาก.....วันที่...../...../.....		
เงินสด	บาท		SERVICE CODE : DHP		
<input type="checkbox"/> อ.กรุงไทย เลขที่บัญชี 6303 <input type="checkbox"/> ไปรษณีย์ไทยทั่วประเทศ Pay@Post 905			ผู้เอาประกัน Customer No/Ref.1 Bill No/Ref.2		
 1010753800053300 13020008736 1765 00					สำหรับเจ้าหน้าที่

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

HEAD OFFICE ADDRESS :-  
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,  
Yannawa, Bangkok 10120  
TEL. 1736, 0 2239 2200  
FAX. 0 2239 2049  
t.a.n. 576  
www.dhipaya.co.th  
เลขที่อ้างอิง: 13020008736

App No.

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาชัยภูมิ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000	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
--	---

- ผู้เอาประกันกรณีการกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง สำหรับผู้สมัครใหม่ต้องแนบสำเนาบัตรประชาชน
- ผู้เอาประกันที่ต้องการเพิ่ม-ลดทุนประกัน ให้ชี้แจง และระบุทุน-เบี้ยประกันที่ต้องการแทน หรือ หากไม่ประสงค์จะต่อประกันให้ชี้แจงทั้งรายการ

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

ลงชื่อ ..... หัวหน้าส่วนราชการ / หน่วยงาน / สถานศึกษา

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับการชำระด้วยเงินสดเท่านั้น			ใบชำระเบี้ยประกันภัยผ่านเคาน์เตอร์		
เพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107538000533			สาขาผู้รับฝาก.....วันที่...../...../.....		
เงินสด	บาท		SERVICE CODE : DHP		
			ผู้เอาประกัน		
			Customer No/Ref.1		
			Bill No/Ref.2		
<input type="checkbox"/> ธ.กรุงไทย เลขที่บัญชี 6303 <input type="checkbox"/> ไปรษณีย์ไทยทั่วประเทศ Pay@Post 905			สำหรับเจ้าหน้าที่		
 1010753800053300 13020008736 1765 00					