



ทิพยประกันภัย

DHPAYA INSURANCE

ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

## คู่มือรายละเอียดการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ปี 2565

### 1. หลักการและเหตุผล

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สามารถรักษาชีวิตของประชาชน ยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในการช่วยเหลือทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุในระยะแรก เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และมีความสูญเสียน้อยที่สุด ซึ่งจะส่งผลทำให้ภาระและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลลดลงสถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงให้ความสำคัญและมีนโยบายที่ชัดเจน ในการสนับสนุนทั้งด้านการบริหารจัดการการ สนับสนุนงบประมาณ การกำกับติดตามอย่างใกล้ชิดให้บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับเอาจริงเอาจังใน การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านนี้มีน้อยมากและที่มีอยู่ก็มี ภาระงานที่มาก ขณะที่ปัจจุบันงบประมาณที่ได้รับกลับลดลงส่งผลให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานขาดขวัญและกำลังใจในการ ปฏิบัติหน้าที่

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มให้บุคลากรในระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน โดยเริ่มจัดทำตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนครอบครัว ของผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้เกิดความอุ่นใจ และยังคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจของคนกู้ชีพที่สามารถเป็นที่พึ่งของสังคมซึ่งการ ประกันภัยฯ ในปี 2564 ได้เริ่มความคุ้มครอง ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2564 และจะหมดอายุความคุ้มครอง ในวันที่ 1 มีนาคม 2565 นั้น

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงพิจารณาทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่บุคลากร ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นปีที่ 13 ทั้งนี้ บริษัท ทิพยประกันภัยจำกัด (มหาชน) ได้รับการคัดเลือก ให้เป็นบริษัทที่เข้าร่วมโครงการร่วมสร้างกำลังใจให้คนกู้ชีพในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

### 2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2.2 เพื่อสร้างความอุ่นใจให้กับครอบครัวของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2.3 เพื่อเป็นการธำรงรักษามูลค่าบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

### 3. กลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ขึ้นทะเบียนกับ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทั่วประเทศ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล พนักงานเวชกิจฉุกเฉิน และผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ใน ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่

- เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- เจ้าหน้าที่มูลนิธิที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- อาสาสมัครที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- บุคคลที่ช่วยปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, นพ.สสจ., หรือ ผอ.รพ. เห็นควรได้รับการทำประกันชีวิต
- ญาติสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่ น้อง (อายุไม่ต่ำกว่า 5 ปี และไม่เกิน 70 ปี) ของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแล้ว

**หมายเหตุ** ผู้รับผิดชอบของงานการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถสอบถามข้อมูลจากผู้ประสานและสนับสนุนการนิเทศงานการแพทย์ฉุกเฉิน (ผู้ประสานงานเขต)

#### 4. ค่าเบี้ยประกันภัย

ทุนประกันภัยต่อคน 200,000 บาท (สองแสนบาทถ้วน)

**ค่าเบี้ยประกันภัยบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน**

- ผู้เอาประกันภัย อายุ 5-60 ปี จ่าย เลือกตามแผนคุ้มครอง/คน/ปี
- ผู้เอาประกันภัย อายุ มากกว่า 60-70 ปี จ่าย 320 บาท/คน/ปี (ซื้อได้เฉพาะแผนมาตรฐานสมาชิกเท่านั้น)

**ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุสำหรับญาติสายตรง**

- ญาติผู้เอาประกัน อายุ 5-60 ปี จ่ายเลือกตามแผนคุ้มครอง/คน/ปี
- ญาติผู้เอาประกัน อายุมากกว่า 60-70 ปี จ่าย 320 บาท/คน/ปี (ซื้อได้เฉพาะแผนมาตรฐานครอบครัวเท่านั้น)

#### 5. ข้อกำหนดในการคุ้มครอง

5.1 ผู้เอาประกันภัยมีอายุระหว่าง 5-60 ปี และเพิ่มเติมอายุ 60 - 70 ปี

5.2 การคุ้มครองตามกรมธรรม์

ผู้เอาประกันจะได้รับความคุ้มครองตามที่ปรากฏในกรมธรรม์ประกันภัย (อบ.2)

5.3 การคุ้มครองนอกเหนือกรมธรรม์

5.3.1 ให้ความคุ้มครองตลอด 24 ชั่วโมง ทั่วโลก สำหรับความสูญเสีย หรือ เสียหายอันเกิดจากการบาดเจ็บซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอกร่างกายของผู้เอาประกันภัยโดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้

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

### 5.3.2 ให้ความคุ้มครองในกรณี

1. การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (กรณีเสียชีวิตคุ้มครอง ตามแผนที่เลือก)
2. การถูกฆ่าหรือถูกทำร้ายร่างกาย
3. การจลาจล การนัดหยุดงาน
4. ขณะกำลังขึ้น – ลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียน เพื่อบรรทุกผู้โดยสารและมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์
5. ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพกรณีเสียชีวิต วงเงินและความคุ้มครองตามแผนที่เลือก
6. อุบัติเหตุสาธารณะ วงเงินและความคุ้มครองตามแผนที่เลือก
7. ค่ารักษาพยาบาล วงเงินและความคุ้มครองตามแผนที่เลือก

## 6. เอกสารประกอบการสมัคร

6.1 ใบสมัครการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

6.2 สำเนาบัตรประชาชนที่สามารถมองเห็นเลขประจำตัวประชาชนชัดเจน

6.3 หนังสือรับรองหรือบัตรประจำตัวอาสาสมัครการแพทย์ฉุกเฉิน (สำหรับกรณีสมัครด้วยตัวเอง)

## 7. ขั้นตอนการดำเนินงาน

7.1 ผู้รับผิดชอบการทำประกันภัย สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักการแพทย์ กทม.

7.1.1 แจ้งเรื่องการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (โดยสมัครใจ) ถึงหน่วยปฏิบัติการแม่ข่ายและลูกข่าย EMS./แจ้งต้นสังกัด/หัวหน้าชุดปฏิบัติการ EMS. ในพื้นที่ /อปท./มูลนิธิ/สมาคม

7.1.2 หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัดสอบถามบุคลากรที่สมัครใจทำประกันภัย/กรอกใบสมัครพร้อมแนบหลักฐาน (สำเนาบัตรประชาชน)

7.1.3 หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัด รวบรวมใบสมัคร/หลักฐานการสมัคร/เงินค่าสมัคร และจัดทำรายชื่อผู้สมัคร โดยจัดทำหนังสือนำส่งเอกสารการสมัครจากหัวหน้าหน่วยงาน (เพื่อเป็นการยืนยันว่าบุคคลที่ส่งใบสมัครนั้นเป็นบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ยังปฏิบัติงานรวมทั้งครอบครัวของบุคลากรในหน่วยงานท่าน) ต่อ สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักการแพทย์ กทม.

7.1.4 สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักการแพทย์ กทม. จัดทำรายชื่อผู้สมัครของจังหวัด เป็น excel file โดยตั้งชื่อดังนี้ จังหวัด วันเดือนปี ที่คุ้มครอง ตัวอย่างนนทบุรี 01102561 (วันที่คุ้มครอง 1 มีนาคม 2565)

7.1.5 ส่งข้อมูลรายชื่อผู้สมัครทำประกันอุบัติเหตุทาง excel file พร้อมสำเนาใบโอนเงินโดยแจ้งชื่อและสถานที่ปฏิบัติงาน ของผู้โอนไปที่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามรายชื่อด้านล่าง และ Email: chadarat.k@niems.go.th (รอบแรก ส่งภายในวันที่ 30 กันยายน 2564 และรอบสอง ภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565) รายชื่อผู้ประสานงาน บริษัททิพยฯ ดังนี้

1. คุณวิวัฒน์ อยู่ประเสริฐ E-mail : [wiwaty@dhipaya.co.th](mailto:wiwaty@dhipaya.co.th)  
โทรศัพท์ 0 2239 2008, 081 173 4709  
โทรสาร 0 2 239 2049 ต่อ 2008
2. คุณกนิษฐากานต์ ราชปรีชา E-mail : [kanittakanr@dhipaya.co.th](mailto:kanittakanr@dhipaya.co.th)  
โทรศัพท์ 02 239 2932, 081 833 0649  
โทรสาร 02-239-2049 ต่อ 2932

#### 7.1.6 การออกกรมธรรม์

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตรวจสอบข้อมูลและออกกรมธรรม์  
ความคุ้มครอง ส่งให้สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด

หมายเหตุ

1. ทำหนังสือแจ้งรายชื่อผู้สมัครประกันให้แจ้งทั้งบริษัททิพยฯ และสำเนาถึง สพฉ.
2. กรณีมีการตัดรายชื่อผู้สมัครออกให้ทำหนังสือถึงบริษัททิพยฯ และสำเนาถึง สพฉ.

#### 7.2 กรณีภัยผ่านเว็บไซต์

- 7.2.1 แจ้งเรื่องการประกันอุบัติเหตุกลุ่มแก่ตัวแทนหน่วยงานที่มีอำนาจในการศีก์ข้อมูลผ่านระบบ  
เว็บไซต์ ต้นสังกัด /หัวหน้าหน่วยปฏิบัติงานในพื้นที่/อปท. / มูลนิธิ/ร.พ./สมาคม
- 7.2.2 หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัดสอบถามบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่สมัครใจ  
ทำประกันภัย/กรอกใบสมัครพร้อมแนบหลักฐาน (สำเนาบัตรประชาชน)
- 7.2.3 หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัด รวบรวมใบสมัคร/หลักฐานการสมัคร/เงินค่าสมัครและศีก์รายชื่อ  
ผู้สมัคร ผ่านทางเว็บไซต์ (ตามคู่มือ) เอกสารหลักฐานการสมัครจัดเก็บไว้ที่ต้นสังกัด สำหรับใช้  
เป็นหลักฐานในการเรียกร้องค่าสินไหม
- 7.2.4 ระบบจะรวบรวมรายชื่อและเบี้ยประกันภัยพิมพ์ใบชำระเบี้ยให้ผู้มีอำนาจในการศีก์ข้อมูล  
นำไปชำระเบี้ยประกันภัยผ่านธนาคารที่ระบุไว้และนำมาสแกนเข้าเว็บไซต์
- 7.2.5 ระบบจะนำส่งรายชื่อพร้อมหลักฐานการชำระเบี้ยประกันภัยเข้ามาที่บริษัทฯ  
เพื่อออกกรมธรรม์ให้มีผลคุ้มครองในวันรุ่งขึ้น
- 7.2.6 กรมธรรม์จะอยู่ในระบบเว็บไซต์ สามารถพิมพ์เองได้ทั้งกรมธรรม์ และบัตรประจำตัว  
ผู้เอาประกันภัย โดยผู้มีอำนาจในการศีก์ข้อมูลของหน่วยที่ท่านส่งรายชื่อทำประกันภัย

#### 7.3 การต่อประกันความคุ้มครอง

- 7.3.1 แจ้งเรื่องการประกันอุบัติเหตุกลุ่มแก่ผู้ตัวแทนหน่วยงานที่มีอำนาจในการศีก์ข้อมูลผ่านระบบ  
เว็บไซต์ต้นสังกัด/หัวหน้าหน่วยปฏิบัติงานในพื้นที่/อปท./มูลนิธิ/ร.พ./สมาคม
- 7.3.2 หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัดสอบถามบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่สมัครใจทำประกันภัย/  
กรอกใบสมัครพร้อมแนบหลักฐาน(สำเนาบัตรประชาชน) (กรณีแก้ไขผู้รับผลประโยชน์)

- 7.3.3 หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัด รวบรวมหลักฐานการสมัคร/เงินค่าสมัคร และยืนยันรายชื่อผู้สมัครผ่านทางเว็บไซต์ (ตามคู่มือ) เอกสารหลักฐานการสมัครจัดเก็บไว้ที่ต้นสังกัดสำหรับใช้เป็นหลักฐานในการเรียกร้องค่าสินไหม
- 7.3.4 ระบบจะรวบรวมรายชื่อและเบี้ยประกันภัยพิบัติไปชำระเบี้ยให้ผู้มีอำนาจในการคีย์ข้อมูลนำไปชำระเบี้ยประกันภัยผ่านธนาคารที่ระบุไว้และนำมาสแกนเข้าเว็บไซต์
- 7.3.5 ระบบจะนำส่งรายชื่อพร้อมหลักฐานการชำระเบี้ยประกันภัยเข้ามาที่บริษัทฯ เพื่อออกกรมธรรม์ให้มีผลคุ้มครองในวันรุ่งขึ้น
- 7.3.6 กรมธรรม์จะอยู่ในระบบเว็บไซต์ สามารถพิมพ์เองได้ทั้งกรมธรรม์และบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย โดยผู้มีอำนาจในการคีย์ข้อมูลของหน่วยที่ทำงานส่งรายชื่อทำประกันภัย

## 8. วิธีในการชำระเงิน

- 8.1 ผู้ที่สมัครใจทำประกันภัยชำระเงินที่หน่วยปฏิบัติการแม่ข่าย /ลูกข่าย EMS/ต้นสังกัด
- 8.1.1 หน่วยปฏิบัติการแม่ข่าย/ลูกข่ายEMS. /ต้นสังกัด/หัวหน้าชุดปฏิบัติการ EMS. ในพื้นที่เป็นผู้รวบรวมใบสมัครและเงินส่งที่สำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด
- 8.1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โอนเงินค่าทำประกันเข้าบัญชีเงินฝาก บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ธนาคารกรุงไทย จำกัด เลขที่บัญชี 056-1-05949-7 บัญชีประเภทออมทรัพย์ สาขาอโศก-ดินแดง ส่งสำเนาการโอนเงิน พร้อมข้อมูลรายชื่อผู้สมัครทำประกัน excel file โดยแจ้งชื่อและสถานที่ปฏิบัติงานไปยัง บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามรายชื่อด้านล่าง และ Email: chadarat.k@niems.go.th (รอบแรกส่งภายในวันที่ 30 กันยายน 2563 และรอบสอง ภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564) เพื่อออกใบกรมธรรม์ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
1. คุณวิวัฒน์ อยู่ประเสริฐ E-mail: [wiwaty@dhipaya.co.th](mailto:wiwaty@dhipaya.co.th)  
โทรศัพท์ 0 2239 2008, 081 173 4709  
โทรสาร 0 2 239 2049 ต่อ 2008
  2. คุณกนิษฐากานต์ ราชนิธิชา E-mail: [kanittakanr@dhipaya.co.th](mailto:kanittakanr@dhipaya.co.th)  
โทรศัพท์ 02 239 2932, 081 833 0649  
โทรสาร 02-239-2049 ต่อ 2932

- 8.2 ในกรณีส่งข้อมูลผ่านเว็บไซต์ ให้พิมพ์ใบจ่ายชำระเบี้ยไปชำระที่ธนาคารและนำมาแนบเข้าเว็บไซต์ตามคู่มือ

## 9. หลักเกณฑ์การเบิกค่าดำเนินการ

- 9.1 กรณีผ่านสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักการแพทย์กทม. บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) สนับสนุนค่าดำเนินการในการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม รายละเอียด 10 บาท โดยสำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักการแพทย์ กทม. สามารถหักค่าดำเนินการได้จากค่าเบี้ยประกันภัยนำส่งจากส่วนของผู้ประกันภัย รายละเอียด 10 บาท

## 9.2 หน้าที่ของผู้รับทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

9.2.1 ผู้รับผิดชอบทำประกันภัย สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานแพทย์ กทม.

9.2.1.1 ประสานเรื่องการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (โดยสมัครใจ) ถึงหน่วย ปฏิบัติการแม่ข่ายและลูกข่าย EMS. /แจ้งต้นสังกัด/หัวหน้าชุดปฏิบัติการ EMS. ในพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

9.2.1.2 รวบรวมใบสมัคร หลักฐาน (สำเนาบัตรประชาชนที่สามารถมองเห็นเลขประจำตัว ประชาชนอย่างชัดเจน) พร้อมเงินค่าสมัคร จากหน่วยปฏิบัติการแม่ข่ายและ ลูกข่าย EMS. /จากต้นสังกัด/จากหัวหน้าชุดปฏิบัติการ EMS.ในพื้นที่ และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

9.2.1.3 จัดทำข้อมูลรายชื่อของผู้สมัครทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มของจังหวัดเป็น excel file ส่งให้ผู้รับผิดชอบการทำประกันของ บริษัททิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) และ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

9.2.1.4 โอนเงินตามจำนวนผู้ทำประกันให้ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด มหาชน ธนาคารกรุงไทย จำกัด เลขที่บัญชี 056-1-05949-7 บัญชี ประเภทออมทรัพย์ สาขา โอโศก-ดินแดง พร้อมส่งหลักฐานการโอนเงิน ทาง Mail หรือ Fax. ยืนยันการ โอนเงิน ให้กับ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

9.2.1.5 จัดทำทะเบียนประวัติผู้ทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม จัดเก็บไว้ที่ผู้รับผิดชอบของ จังหวัด

9.2.1.6 เป็นผู้ประสานการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ติดตามเอกสารประกอบการเรียกร้อง แทนผู้รับผลประโยชน์ พร้อมทั้งติดตามการจ่ายเงินค่าชดเชยจาก บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

## 10. ระยะเวลาในการดำเนินการ

10.1 ผ่านสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานแพทย์ กทม.

รอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน

รอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม ถึง 28 กุมภาพันธ์

## 11. ระยะเวลาการคุ้มครอง 1 ปีนับจากวันออกกรมธรรม์

ผ่านสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานแพทย์ กทม.

รอบที่ 1 เริ่มคุ้มครอง 1 ตุลาคม 2564 ถึง 1 ตุลาคม 2565

รอบที่ 2 เริ่มคุ้มครอง 1 มีนาคม 2565 ถึง 1 มีนาคม 2566

หมายเหตุ : ความคุ้มครองเกิดต่อเมื่อมีการส่งรายชื่อและชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยผ่านธนาคารแล้วเท่านั้น

ผู้เอาประกันภัยแต่ละรายจะได้รับความคุ้มครอง ตั้งแต่เวลา 16.30 น. ของวันถัดจาก วันที่ยื่นสมัครขอทำประกันภัยและชำระค่าเบี้ยประกันภัยแก่บริษัทเรียบร้อยแล้ว ภายใต้เงื่อนไขว่า การสมัครขอทำประกันภัยดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณารับประกันภัยจากบริษัทแล้ว

## 12. การยื่นแบบขอสินไหมทดแทน กรณีผู้เอาประกันเสียชีวิต

12.1 ผู้รับผิดชอบทำประกันภัย สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานการแพทย์ กทม.

1. ผู้รับผลประโยชน์หรือหน่วยปฏิบัติการแม่ข่ายและลูกข่าย EMS. ยื่นแบบคำขอสินไหมทดแทน พร้อมเอกสาร เอกสารกรณีเสียชีวิต กรอกแบบเรียกร้อง ใบมรณะบัตร ใบชั้นสูตรพลิกศพ หรือ หนังสือรับรองการตาย บันทึกประจำวันจากตำรวจ ทะเบียนบ้าน บัตรประชาชนผู้เสียชีวิต และผู้รับประโยชน์หนังสือนำส่งจากหน่วยงาน ใบรับรองแพทย์ ณ สำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด (สสจ./รพศ./รพท.)
2. ผู้รับผิดชอบการทำประกันภัย สำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด (สสจ./รพศ./รพท.) ยื่นขอสินไหมทดแทนกับ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายธุรกิจภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ ที่ตั้ง 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
3. และส่งสำเนาฉบับการขอสินไหมทดแทนมาที่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) 88/40 หมู่ที่ 4 อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 84 พรรษา สาธารณสุขซอย 6 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
4. บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) แจก/นัด การจ่ายเงินให้ สำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด (สสจ./รพศ./รพท.) สพฉ.

12.2 กรณียื่นข้อมูลผ่านเว็บไซต์ โดยสามารถ Download เอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมได้จากเว็บไซต์ และแนบเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมผ่านทาง เว็บไซต์ได้ตามคู่มือ

หมายเหตุ กรณีจ่ายสินไหมบริษัททิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะโอนเงินค่าสินไหมเข้าบัญชีผู้รับประโยชน์โดยตรง\*\*\*\*\*



ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

แผนความคุ้มครองประกันอุบัติเหตุ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

ชื่อคอลลัมน์ตรง (อบ.2)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)								
	แผนมาตรฐาน		แผนพิเศษ						
	สมาชิก	ครอบครัว	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	200,000
- ทูทพยาบาล	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- สูญเสียมือ 1 ซี่ง หรือเท้า 1 ซี่ง หรือสายตาม 1 ซี่ง (ตั้งแต่ 2 ซี่งขึ้นไป)	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- สูญเสียมือ 1 ซี่ง หรือเท้า 1 ซี่ง หรือสายตาม 1 ซี่ง	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
- ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการฝังศพ กรณีเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย (ระยะเวลาการชดเชย 180 วัน)	10,000 (จากอุบัติเหตุ)	ไม่มี	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
- การเจ็บป่วยโดยสาธารณภัยอันตราย	100,000	100,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- การโดยสารอากาศยานที่ผู้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์ (สูงสุดไม่เกิน 10 ล้านบาท)	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000	200,000
- การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความไม่สงบถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล	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
- ค่ารักษาพยาบาล (ต่อครั้ง)	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	5,000	5,000	10,000	10,000	10,000
เปรียบเทียบสุทธิ/คน									
อายุ 5-60 ปี	120	200	200	240	360	390	500	550	
อายุ เกิน 60-70 ปี	320	320	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี

เงื่อนไขและข้อยกเว้นอื่นๆ ให้นำไปอ่านกรมธรรม์ฉบับนี้มาหรือดูการประกันอุบัติเหตุกลุ่มที่แบบพิเศษ  
 ในสนช.ราคา เลขที่ PQBU.0787(1)/59 ใช้บังคับ แผนมาตรฐานสมาชิก  
 ในสนช.ราคา เลขที่ PQBU.0787(2)/59 ใช้บังคับ แผนมาตรฐานครอบครัว  
 ในสนช.ราคาเลขที่ PQBU2018-AH-41-0612 Rev.05 ใช้บังคับ แผนพิเศษ แผน 1 สมาชิก และแผนพิเศษ แผน 1 ครอบครัว  
 ในสนช.ราคาเลขที่ PQBU2018-AH-41-0612 Rev.06 ใช้บังคับ แผนพิเศษ แผน 2 สมาชิก และแผนพิเศษ แผน 2 ครอบครัว  
 ในสนช.ราคาเลขที่ PQBU2018-AH-41-0613 Rev.05 ใช้บังคับ แผนพิเศษ แผน 3 สมาชิก และแผนพิเศษ แผน 3 ครอบครัว  
 หมายเหตุ : 1. กรณีผลประโยชน์อุบัติเหตุสาธารณะจ่ายเต็ม 100% ของจำนวนเงินผลประโยชน์ตามข้อตกลงคุ้มครอง อบ.2  
 2. อากาศสมทบ 0.4% บริษัทฯ อินดิวิจิวแชนแนลสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติทั้งสิ้น



## ทำเนียบรายชื่อผู้ประสานงาน

### 1. กรณีแจ้งขอสินไหมทดแทน ติดต่อเจ้าหน้าที่ของ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

#### ผู้ประสานงานฝ่ายสินไหม บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

1. คุณสุวรรณี คำเกิงลักษณ์ โทร.02-239-2200 ต่อ 2840 E-mail : suwanneed@dhipayaya.co.th
2. คุณสุกัญญา เณลิ้มชัยวีย์ โทร.02-239-2200 ต่อ 2413 E-mail : sukanyac@dhipayaya.co.th
3. คุณจิราภา ไชยศรี โทร.02-239-2200 ต่อ 2086 E-mail : jirapac@dhipayaya.co.th
4. คุณมะยูรี สวานสกุล โทร.02-239-2200 ต่อ 2087 E-mail : mayurees@dhipayaya.co.th

#### ผู้ประสานงานฝ่ายการตลาด สำนักงานใหญ่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

1. คุณวิวัฒน์ อยู่ประเสริฐ E-mail: wiwaty@dhipayaya.co.th  
โทรศัพท์ 0 2239 2008, 081 173 4709 โทรสาร 0 2 239 2049 ต่อ 2008
2. คุณกนิษฐากานต์ ราชปรีชา E-mail: kanittakanr@dhipayaya.co.th  
โทรศัพท์ 02 239 2932, 081 833 0649 โทรสาร 02-239-2049 ต่อ 2932

#### ผู้ประสานงานโครงการ

- คุณกฤตยา สัจจงพศธร E-mail : khunkrittaya@gmail.com  
โทรศัพท์ 081-171-3100, 02-960-1788 โทรสาร 02-960-1788

#### ผู้ประสานงานสาขา

ลำดับ	บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จังหวัด	โทรศัพท์
1	สาขาเชียงราย	0-5377-3702-6
2	สาขาเชียงใหม่	0-5330-2444-9
3	สาขาพิษณุโลก	0-5522-0583-7
4	สาขานครสวรรค์	0-5631-0222, 0-5622-8530-1
5	สาขาอุดรธานี	0-4224-8088, 0-4224-2814
6	สาขาขอนแก่น	0-4332-4751-2
7	สาขานครราชสีมา	0-4426-2059, 0-4426-2088
8	สาขาอุบลราชธานี	0-4526-5912-5
9	สาขานครปฐม	0-3427-2161-5
10	สาขานนทบุรี	0-2583-7588, 0-2583-7018
11	สาขาเพชรบุรี	0-2583-7169

ลำดับ	บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จังหวัด	โทรศัพท์
12	สาขาฉะเชิงเทรา	0-3241-9715-21
13	สาขาสระบุรี	0-3623-0952-4, 0-3623-1721
14	สาขาชลบุรี	0-3846-7804-8
15	สาขาระยอง	0-3886-0794-9
16	สาขาชุมพร	0-7753-4517-20
17	สาขาสุราษฎร์ธานี	0-7722-1801-5
18	สาขาหาดใหญ่	0-7434-5301-5
19	สาขาภูเก็ต	0-7623-8667-72
20	สาขาตรัง	0-7559-0494-7

## 2. รายชื่อผู้ประสานการทำประกัน

รายชื่อผู้รับผิดชอบการทำประกันภัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เขต	จังหวัด	ชื่อผู้ประสาน	โทรศัพท์มือถือ	E-mail
1	เชียงใหม่	นางสาวธีรวรรณ สิงห์ใส	089-2624616	guitar_2516@hotmail.com
	เชียงราย	นางเรื่อนทอง ไหมอรินทร์	086-1922871	ruenthong2002@hotmail.com
	แพร่	นางเยาวเรศ อิศระเศรษฐพงศ์	089-5542195	yaowared_pph@yahoo.com
	น่าน	นางสาวจรรยา อินถา	081-0267485, 087-4307969	jyaya_22@hotmail.com
	พะเยา	นางพัฒนาการ ผลศุภรักษ์	084-8109966	Yuems1669@gmail.com
	ลำพูน	นางวันเพ็ญ โพธิยอด	081-7838652	emslump@gmail.com
	ลำปาง	นางสาวสิรินทิพย์ วังกาสร	083-1526453	sirinamie@gmail.com
	แม่ฮ่องสอน	นางสาวเปรมใจ หน่อแก้ว	081-5303705	prem.jai@hotmail.com
2	ตาก	นางชมพูนุท รัตนิขัย	089-9583779	chompunut65@hotmail.com
	สุโขทัย	คุณยลฤทัย ภู่อรุณ	081-6750096	ems_skt@hotmail.com
	พิษณุโลก	คุณทิวาพร สุภาพ	081-9736478	aoi1669@hotmail.com
	อุตรดิตถ์	นายสมถวิล แพรขาว	081-9622286	sf_ut@hotmail.com
	เพชรบูรณ์	นางไพลิน สีสัตย์เชื้อ	085-8722095	ncd112@hotmail.com
3	นครสวรรค์	นายมนัส บูฟา	086-6791862	Glab4896@gmail.com
	อุทัยธานี	นางนพวรรณ นากุล	086-4493775	noppawan_n@yahoo.com
	กำแพงเพชร	นายณัฐพงศ์ วิมานสาร	091-8427575	emskpp1669@hotmail.com
	ชัยนาท	นางสาวศุภลักษณ์ กิตติญาณวงษ์	086-7594056	supalukssj@gmail.com
	พิจิตร	นางสาวกานต์นิธิญา ภูมิชาติ	082-3972572	Siripa-pui@hotmail.com

เขต	จังหวัด	ชื่อผู้ประสาน	โทรศัพท์มือถือ	E-mail
4	นนทบุรี	นางบรรจง ทนุแก้ว	089-5342712	thailand1669@gmail.com
	ปทุมธานี	นางสาวเพ็ญไพสิฐ จันทร์อยู่	087-5241669	penpisit_chan@hotmail.co.th
	พระนครศรีอยุธยา	นางลัดดา โฆษิตสรังคกุล	081-9310416	lakhana_2506@hotmail.com
	อ่างทอง	นางวนิดา เทียงตรง	086-8131669	wanidaems@gmail.com
	ลพบุรี	นางนงลักษณ์ ทองโต	086-5361908	keng_kwang81@yahoo.com
	สิงห์บุรี	นางสมใจ มานะกรโกวิท	089-5223945	somjai2516@gmail.com
	สระบุรี	นางสาวยุวดี ศรีประมาธ	081-8535087	Yudee2510@gmail.com
	นครนายก	นายวิวัฒน์ พวงประเสริฐ	089-8341328	nayok260@hotmail.com
5	ราชบุรี	นางสุรภา ขุนทองแก้ว	086-3358208	ems_rb01@hotmail.com
	กาญจนบุรี	นางสาวชลิดา ถนอมวงษ์	089-8365569, 084-8829006	t.chalida_cdc@hotmail.com
	สุพรรณบุรี	นางสุมัญญา ทรัพย์เขียวชาญ	086-6083720	catred@gmail.com
	นครปฐม	นางสาวปราณี ตั้งจากรวัฒน์ชัย	081-9958267	emsnptho@gmail.com
	สมุทรสงคราม	นางสาวทฤตมน ทองเรือง	086-6173589	totalnine@gmail.com
	สมุทรสาคร	นางจิตติมา จิระชีวี	086-7678710	jittima-jang@hotmail.com
	เพชรบุรี	นายอนุชา ปิ่นเพชร	086-5756969	panuchaeve@gmail.com
	ประจวบคีรีขันธ์	นายสุทธิ วิเชียรฉาย	095-7530357	ems2057@gmail.com
6	สมุทรปราการ	นางนิชดา พงษ์แย้ม	086-5229770	insure.spko@moph.mail.go.th
	ชลบุรี	นางอารีย์นุช ศิริวรรณ	081-8651446	emschonburi@hotmail.com
	ระยอง	นางอารยา ผ่องแผ้ว	089-4051669	araya_ncd@hotmail.com
	ฉะเชิงเทรา	นางกรวรรณ ธนวัฒน์	086-8272348	PUY_252226@Yahoo.co.th
	ปราจีนบุรี	นางพัชนีวัลย์ พลธร	081-5503549	ncd_prachin@pho.in.th
	สระแก้ว	นายสมบัติ พึ่งเกษม	081-2950985	abc1669@hotmail.com
	จันทบุรี	นางศศิธร ยนจอหอ	081-6520328	Emschan.health@hotmail.com
	ตราด	นายพิบูลย์ รongศิริคง	085-0911669	rongsiri.pr@gmail.com
7	กาฬสินธุ์	นางสาวนงนุช โนนศรีชัย	084-428 4557	tukta2201@yahoo.com
	ขอนแก่น	นางสาวเทวารักษ์ ภูครองนาต	091-0532882	nok-mu@hotmail.com
	ร้อยเอ็ด	นางสุภาภรณ์ ทักนพงศ์	081-7683404	supaploy1@hotmail.com
	มหาสารคาม	นางสุกัญญา สารฤทธิคาม	081-5446159	Kimaun72@gmail.com
8	หนองบัวลำภู	นางสาวรัตนา ซาติมนตรี	089-5761479	rattanana3@Gmail.com
	บึงกาฬ	นายเศรษฐพงศ์ พิมพ์ภาค	084-9546585	tn9_363@hotmail.com
	อุดรธานี	นางสุรีพร อินทนพ	081-9997442	inthanopsu2518@gmail.com

เขต	จังหวัด	ชื่อผู้ประสาน	โทรศัพท์มือถือ	E-mail
8	เลย	นายเชาว์ธวัจน์ ราชพัฒน์	082-8530399	Chotawat281@gmail.com
	หนองคาย	นายมนตรี ดิษฐสุริย์	084-5115654	montree.wirmpa5@hotmail.com
	สกลนคร	นางสาวเพ็ญศรี วงศรีลา	086-2333983	emssakon@gmail.com
	นครพนม	นายคุณารักษ์ คำสาว	096-1768415	emsnkp@hotmail.com
9	นครราชสีมา	นายวีระชน เกลียวกลม	089-2559308	veerachon_k@hotmail.com
	บุรีรัมย์	นางเทียนทอง บุญราษฎร์	081-5475633	tiantong1669@gmail.com
	สุรินทร์	นางอนงค์ มณีศรี	098-2466919	ems_surin@hotmail.com
	ชัยภูมิ	นางนิภาภรณ์ นิรัตน์พงษ์	081-5983872	nipaporn.t53@gmail.com
10	ศรีสะเกษ	นางสาวะนิตา เปรมทา	089-9485138	Em bs.ssk@hotmail.com
	อุบลราชธานี	นายบดีรินทร์ บุญจันทร์	091-0204567	dbod2009@gmail.com
	ยโสธร	นางเบญจรัตน์ ผิวเรืองนนท์	085-4176185	benjarat89@gmail.com
	อำนาจเจริญ	นายคมกฤษณ์ สุขไชย	080-4711669	komgrit04@yahoo.com
	มุกดาหาร	นางสาวชลธิชา นิลภา	083-1442082	aom_nut@hotmail.com
11	นครศรีธรรมราช	นายอนันต์ รอดสั้น	084-1827798	etaff04@hotmail.com
	กระบี่	คุณศรีญา โชคไพศาล	089-4745112	saranya.chokpaisarn@gmail.com
	พังงา	นางสาวปฐมมาตี กลับดี	098-6796654	Pathamawadee3911@gmail.com
	ภูเก็ต	นางสาวจินดารัตน์ สุทธิปาโล	095-0213443	Santacos007@gmail.com
	สุราษฎร์ธานี	นางปานฤทัย นาคบำรุง	088-8270960	emss_surat@hotmail.com
	ชุมพร	นายศรชัย เพ็ชรเวช	086-7435945	rayes2520@hotmail.com
	ระนอง	นางสาวภารดี ศิริคง	080-522-2799	paradee_oon@hotmail.com
12	สงขลา	นางสาวนิตยา ทองกอบสม	063-6629632	j-u-k-@hotmail.com
	สตูล	นางสาวจิราพร สัตะรุโณ	088-8280232	jujuporn2534@gmail.com
	ตรัง	นายศุภชาติ เขมวุดมิพงษ์	087-3821669	supchartk@gmail.com
	พัทลุง	นายเจริญ ปราบปรี	089-8696052	charoem_ems@hotmail.com
	ปัตตานี	นายสมยศ อินทสุวรรณ	089-7344877	emspattani94@gmail.com
	ยะลา	นายจิรายุวัฒน์ ชัยพานิชกุล	089-4634249	yalr_ncd@hotmail.com
	นราธิวาส	นายธันวา พยัคฆโยธิ	087-6321669	Thanwa58@hotmail.com
13	กรุงเทพมหานคร	นายพะเนตร์ สายมัน	081-1811129	ems.bangkok@hotmail.com

3. รายชื่อผู้ประสานงานการแพทย์ฉุกเฉินพื้นที่

พื้นที่	เขต	ผู้ประสานงาน	เบอร์โทรศัพท์	E-mail
ภาคเหนือ	1	นางสาวอนัญญา พันธุ์คุณวัฒน์	085 261 1669	Ananya.p@niems.go.th
	2	นายไพโรจน์ วรรณโรจน์	085 239 1669	Pairoj.w@niems.go.th
	3	นางสาวเนาวนิต ยิ้มวัน	093 326 1669	Naowanit.y@niems.go.th
ภาคกลาง	4	นายศิริชัย นิ้มมา	085 231 1669	Sirichai.n@niems.go.th
	5	นายบัณฑิต พิระพันธ์	085 237 1669	Bundit.p@niems.go.th
	6	นางสาวปญาดา ชื่นสำโรง	061 029 1669	Payada.c@niems.go.th
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	7	นายรังสรรค์ คูหากาญจน์	081 172 1669	Rangsan.k@niems.go.th
	8	นางสาวสุพิชญา ศิลสารรุ่งเรือง	084 874 1669	Suphitchaya.s@niems.go.th
	9	นางสาวอรุศา ศรีวัฒนบูรพา	086 249 1669	Urasa.s@niems.go.th
	10	นางสิริมา อเดใจ	085 234 1669	Sirima.a@niems.go.th
ภาคใต้	11	นางพัชรี รณที	087 022 1669	Patcharee.r@niems.go.th
	12	นายการ์นต์ ศรีวัฒนบูรพา	081 989 1669	Karun.s@niems.go.th
กรุงเทพมหานคร	13	นางจิตติมา ศรมณี	080 628 1669	Jittima.s@niems.go.th

4. ผู้รับผิดชอบการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

4.1 สำนักรับรองและกำกับมาตรฐาน กลุ่มงานรับรองและกำกับมาตรฐานสถานพยาบาล

1. นายสันต์ เวียนเสี้ยว ตำแหน่งผู้จัดการกลุ่มงานรับรองและกำกับมาตรฐานสถานพยาบาล  
โทรศัพท์ 089 050 1669 E-mail: [wasun.v@niems.go.th](mailto:wasun.v@niems.go.th)
2. นางสาวชฎารัตน์ เกิดเรียน ตำแหน่งพนักงานปฏิบัติการงานสวัสดิภาพและคุ้มครองผู้ปฏิบัติการ  
โทรศัพท์ 081 779 1669 E-mail: [chadarat.k@niems.go.th](mailto:chadarat.k@niems.go.th)

**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 2565 เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่ 1 มีนาคม 2566 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 หรือคำแนะนำ จากแพทย์เกี่ยวกับ โรคลมชัก โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและ/หรือกล้ามเนื้อ โรคกระเพาะหรือลำไส้ โรคนะเร็ง โรคเอดส์ หรือ มีเชื้อไวรัส 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. ท่านเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรงหรือไม่?  
 ไม่เคย / ไม่มี             เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) \_\_\_\_\_
10. ท่านเคยต้องโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติดหรือไม่?  
 ไม่เคย / ไม่มี             เคย / มี (โปรดให้รายละเอียด) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเอาประกันภัยกับบริษัทตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยที่บริษัทได้ใช้สำหรับการประกันภัยนี้ และ ข้าพเจ้ารับรองว่า รายละเอียดต่างๆ ข้างต้นนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีอาการใดๆ และตกลงที่จะให้ข้าพเจ้าประกันภัยนี้เป็นมูลฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้าและบริษัท หากรายละเอียดของ ข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาประกันภัยได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดหรือข่าวสารเกี่ยวกับประวัติ การรักษาพยาบาลและสภาพร่างกาย ของข้าพเจ้าจากแพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า รวมถึง ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดเพื่อตรวจหาเชื้อไวรัส HIV ผู้ขอเอาประกันภัยยินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ(สุขภาพและ) ข้อมูลของผู้เอาประกันภัยต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

วันที่.....

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย .....

( )

ตำแหน่งของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สปก.)

ให้ผู้ขอเอาประกันภัยตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยได้ตามประมวล

กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันภัย - กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ทิพย แบบพิเศษ หน้า 2/2

กรณีใบสมัครครอบครัวยังข้อมูลอ้างอิงผู้ปฏิบัติ ชื่อ-สกุล ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ผู้รับประโยชน์ ๒. .... ความสัมพันธ์ .....

ผู้รับประโยชน์ ๓. .... ความสัมพันธ์ .....

และครอบครัวของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน  
ของหน่วยงาน) ต่อ สำนักระบบบริการการแพทย์  
ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักการแพทย์ กทม.

7.1.4 สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/  
สำนักการแพทย์ กทม. จัดทำรายชื่อผู้สมัครของจังหวัด  
เป็น Excel โดยตั้งชื่อดังนี้จังหวัด วัน เดือน ปี  
ที่คุ้มครอง ตัวอย่าง นนทบุรี 01102560 (วันที่เริ่ม  
คุ้มครอง 1 ตุลาคม 2560)

7.1.5 ส่งข้อมูลรายชื่อผู้สมัครทำประกันชีวิต  
(excel file) พร้อมสำเนาใบการโอนเงิน ชำระค่า  
เบี้ยประกันภัยไปยัง email : [wiwat@dhipaya.co.th](mailto:wiwat@dhipaya.co.th)  
[kanittakanr@dhipaya.co.th](mailto:kanittakanr@dhipaya.co.th) และ  
[chadarat.k@niems.go.th](mailto:chadarat.k@niems.go.th) ภายในวันที่ 30 กันยายน  
และ 28 กุมภาพันธ์

7.1.6 บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด ตรวจสอบข้อมูล  
และออกกรมธรรม์ความคุ้มครองส่งให้สำนักระบบ  
บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด

7.1.7 กรณีศิษย์รายชื่อผ่านเว็บไซต์ (ปฏิบัติตามคู่มือ)  
การยื่นขอสินไหมทดแทน กรณีผู้เอาประกันเสียชีวิต

1. ผู้รับผลประโยชน์หรือญาติยื่นแบบคำขอสินไหม  
ทดแทน พร้อมเอกสารประกอบแบบเรียกเรื่องใบมรณบัตร  
ใบชันสูตรพลิกศพหรือหนังสือรับรองการตาย บันทึก  
ประจำวันจากตำรวจ ทะเบียนบ้าน บัตรประชาชน  
ของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์ไปรับรองแพทย์  
ที่บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

2. กรณียื่นผ่านเว็บไซต์ ปฏิบัติตามคู่มือ

#### ประสานสำนักงานใหญ่

2.1 คุณวิวัฒน์ อยู่ประเสริฐ

E Mail : [wiwaty@dhipaya.co.th](mailto:wiwaty@dhipaya.co.th)

โทรศัพท์ 0 22239 2008, 081 173 4709

โทรสาร 0 2239 2049 ต่อ 2008

2.2 คุณกนิษฐากานต์ ราชปรีชา

E Mail : [kanittakanr@dhipaya.co.th](mailto:kanittakanr@dhipaya.co.th)

โทรศัพท์ 0 2239 2932, 081 833 0649

โทรสาร 0 2239 2049 ต่อ 2932

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายธุรกิจ

ภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ ที่ตั้ง 1115 ถนนพระราม 3

แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

#### เอกสารประกอบการสมัคร

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

ค่าเบี้ยประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

ตามแผนความคุ้มครองที่เลือก

ผู้ประสาน บริษัททิพยประกัน จำกัด (มหาชน)

คุณกฤตยา สัจจพงศธร ที่ปรึกษาโครงการ

โทร 0811713100

Email: [khunkittaya@gmail.com](mailto:khunkittaya@gmail.com)

คุณวิวัฒน์ อยู่ประเสริฐ โทร 02 239 2008

081 173 4709 โทรสาร 02 239 2049

ต่อ 2008 Email: [wiwaty@dhipaya.co.th](mailto:wiwaty@dhipaya.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

ดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ [www.niems.go.th](http://www.niems.go.th)

ผู้ประสาน : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

นางสาวชฎารัตน์ เกิดเรียน

โทรศัพท์ 081 779 1669

Email : [chadarat.k@niems.go.th](mailto:chadarat.k@niems.go.th)



ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาคีร่วมกับผู้ถือหุ้นใหญ่

โครงการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม :  
บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและเครือข่ายสหจ

โดย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ร่วมกับ บริษัท ทิพย ประกันภัย จำกัด





## หลักการและเหตุผล

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน จุดเกิดเหตุในระยะแรก สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและเกิดความสูญเสียน้อยที่สุด ช่วยลดภาระและค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล แต่ปัจจุบันผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ยังมีน้อยมาก ที่มีอยู่ก็มีภาระงานมาก บางคนประสบอุบัติเหตุต้องสูญเสียอวัยวะ หรือเสียชีวิตระหว่างการปฏิบัติงานในขณะที่งบประมาณสนับสนุนกลับลดลง ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญและกำลังใจ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.) จึงจัดทำโครงการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (โดยสมัครใจ) ขึ้นวัตถุประสงค์

เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติการ และสร้างความอบอุ่นใจให้ครอบครัวผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

### กลุ่มเป้าหมาย

1. บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น แพทย์พยาบาล นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ แพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉิน ผู้กำกับปฏิบัติการฉุกเฉิน ผู้ประสานงานปฏิบัติการฉุกเฉิน พนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน นักวิชาการสาธารณสุข

ผู้ปฏิบัติงานสนับสนุนระบบEMS (อปท/สสจ/มูลนิธิฯ/ศูนย์รับแจ้งฯ) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้บริหาร/ผู้นำท้องถิ่นที่สนับสนุนงาน EMS บุคคลที่ช่วยปฏิบัติงานในระบบ EMS ที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขานุการ 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.ทำบันทึกข้อตกลงกับบริษัทที่พหุประกันภัย จำกัด (มหาชน)

### ทุนประกันและความคุ้มครอง

ทุนประกันภัยต่อคน 200,000 บาท (สองแสนบาทถ้วน)

ค่าเบี้ยประกันภัยตามแผนที่เลือก ให้ความคุ้มครองตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลกสำหรับความสูญเสียหรือเสียหายอันเกิดจากการบาดเจ็บซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอกร่างกายของผู้เอาประกันภัยโดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้

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

### ความคุ้มครองเพิ่มเติม

1. การชดเชยหรือโดยสาธารณจักรยานต์ กรณีเสียชีวิต คุ้มครองตามแผนที่เลือก

2. การถูกฆ่าหรือถูกทำร้ายร่างกาย

3. การจลาจล การนัดหยุดงาน

4. ขณะกำลังขึ้น-ลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยาน ที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสารและมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์

5. ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพกรณีเสียชีวิตวงเงินและความคุ้มครอง ตามแผนที่เลือก

6. อุบัติเหตุสาธารณณะ วงเงินและความคุ้มครอง ตามแผนที่เลือก

7. ค่ารักษาพยาบาลวงเงินและความคุ้มครองตามแผนที่เลือก

### ขั้นตอนดำเนินการ

7.1 ผู้รับผิดชอบการทำประกันภัย สำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักการแพทย์ กทม.

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

7.1.2 หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัดสอบถามผู้ปฏิบัติการที่สมัครใจทำประกันภัยกรอกใบสมัครพร้อมแนบหลักฐาน (สำเนาบัตรประชาชน)

7.1.3 หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัดรวบรวมใบสมัคร/หลักฐานการสมัคร/เงินค่าสมัคร และจัดทำรายชื่อผู้สมัคร โดยจัดทำหนังสือนำเสนอเอกสารสมัครจากหัวหน้าหน่วยงานเพื่อเป็นการยืนยันว่าบุคคลที่ส่งใบสมัครนั้นเป็นบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน