



ที่ พบ ๐๐๓๓.๐๑๓ / กส๕๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
ถนนราชวิถี พบ ๗๖๐๐๐

๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง การทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เรียน นายกองตรีมนตรีสาธารณสุขตำบลหนองกะป

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- | | |
|------------------------------------|--------------|
| ๑. ใบคำขอเอาประกันฯ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. แผนความคุ้มครองประกันอุบัติเหตุ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. รายละเอียดโครงการฯ (QR code) | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดทำโครงการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้แก่บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็นการดำเนินการปีละ ๒ รอบ (รอบที่ ๑ สมัครง/แสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) และ (รอบที่ ๒ สมัครง/แสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๗ ถึง ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗) เนื่องจากกรมธรรม์ความคุ้มครองการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มภาคสมัครงใจ ประจำปี รอบที่ ๒ กำลังจะหมดระยะเวลาความคุ้มครองใน วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๗ ที่จะถึงนี้ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จึงขอให้ท่านดำเนินการ ตามรายละเอียดสิ่งที่ส่งมาด้วย ดังนี้

๑. แจ้งบุคลากรที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด หรือบุคคลที่ท่านเห็นสมควร หรือบุคคลที่ช่วยปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และครอบครัว ของบุคลากรดังกล่าวข้างต้นในหน่วยงานของท่าน เพื่อรับทราบโครงการ

๒. บุคลากร (ที่สมัครงใจ) ทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เตรียมเอกสารและหลักฐาน ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| ๒.๑ กรอกรายละเอียดในใบคำขอเอาประกันฯ | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีเป็นคนในครอบครัวของบุคลากร) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒.๔ เงินสดค่าเบี้ยประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ตามแผนความคุ้มครองประกันอุบัติเหตุกลุ่มอายุ และประเภทของผู้สมัครงใจ ประกันภัย รายละเอียดอัตราค่าเบี้ยประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม | |

๓. หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้แทนของหน่วยงาน ตรวจสอบหลักฐานรายละเอียดข้อมูลผู้สมัคร ให้ครบถ้วนและนำหลักฐานใน ข้อ ๒ นำส่ง ณ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ภายในวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายธนวัฒน์ รุ่งศิริวัฒน์กิจ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี



สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

โทร. ๐ ๓๒๔๒ ๕๑๐๐ ต่อ ๓๐๒๒

ผู้ประสานงาน นางสาวช็องนาง บุตรรัตน์

๐๘ ๗๙๑๔ ๕๕๓๒

นางสาวศศิวิมล ภาวสุทธิไพศิฐ

๐๙ ๘๑๙๔ ๔๙๑๒

ใบคำขอเอาประกันภัย
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ภัยแบบพิเศษ

ข้อมูลส่วนตัวผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย (รายละเอียดของหน่วยงานและหลักในการทำประกัน)

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 _____
 ผู้รับประ โอรส _____ ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย _____
 ที่อยู่ปัจจุบัน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____
 แผนประกันภัยที่ต้องการ ชื่อความคุ้มครอง : แผน _____ (แนบมาด้วยรายละเอียด)

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

ระยะเวลาขอเอาประกันภัย : เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2566 เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่ 1 มีนาคม 2567 เวลา 16.30 น.

ประ วัติดูกรม หนของผู้ขอเอาประกันภัย _____

1.1 ท่านมีหรือได้ขอเอาประกันชีวิต หรือประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลไว้กับ บริษัทที่ขอเอาประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือบริษัทอื่นหรือไม่?

ไม่เคย ไม่มี เคย มี (โปรดให้รายละเอียด)

บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท
 บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย _____ บาท

2.1 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันชีวิต หรือการขอเอาประกันภัยอุบัติเหตุ หรือปฏิเสธการปล่อยสัญญาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม สำหรับการประกันภัยดังกล่าวหรือไม่?

ไม่เคย ไม่มี เคย มี (โปรดให้รายละเอียด) บริษัท _____ จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) _____



กองโยกย้ายที่ดินสงวน

แผนความคุ้มครองประกันอุบัติเหตุ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

ชื่อตกลงคุ้มครอง (ข้อ.2)	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท)													
	แผนมาตรฐาน			แผน 1						แผน 2			แผน 3	
	สมาชิก	ครอบครัว	รวม	สมาชิก	ครอบครัว	รวม	สมาชิก	ครอบครัว	รวม	สมาชิก	ครอบครัว	รวม		
การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000		
ทุพพลภาพถาวร	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000		
สูญเสียมือ 1 ข้าง หรือเท้า 1 ข้าง หรือสายตา 1 ข้าง (ตั้งแต่ 2 ข้าง ขึ้นไป)	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000		
สูญเสียมือ 1 ข้าง หรือเท้า 1 ข้าง หรือสายตา 1 ข้าง	120,000	120,000	240,000	120,000	120,000	240,000	120,000	120,000	240,000	120,000	120,000	240,000		
สูญเสียอวัยวะ การรับฟัง การพูด การมองเห็น	ตาม ข้อ.2	ตาม ข้อ.2	ตาม ข้อ.2	ตาม ข้อ.2	ตาม ข้อ.2	ตาม ข้อ.2	ตาม ข้อ.2	ตาม ข้อ.2	ตาม ข้อ.2	ตาม ข้อ.2	ตาม ข้อ.2	ตาม ข้อ.2		
ค่าปลงศพและค่าให้ใช้ในกิจการศพ กรณีเสียชีวิตจากสาเหตุอื่น หรือการเจ็บป่วย (ระยะเวลาชดเชย 180 วัน)	10,000 (จากอุบัติเหตุ)	ไม่มี	10,000	10,000	10,000	20,000	10,000	10,000	20,000	10,000	10,000	20,000		
อุบัติเหตุทางรถยนต์ (ประเภทขนส่งสาธารณะ หรือยี่ห้อที่สงวนเฉพาะ)	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000		
การที่ขึ้นและโดยสารรถจักรยานยนต์	100,000	100,000	200,000	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000		
การโดยสารรถสาธารณะที่มีผู้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์ (สูงสุดไม่เกิน 10 ชั่วโมง)	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000		
การขึ้นและลงบันได การลื่นไถล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงหน่วยงานหรือสถานรับผู้บาดเจ็บ	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000		
การชดเชยค่าเสียหายหรือค่ารักษาพยาบาล	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000	200,000	200,000	400,000		
ค่ารักษาพยาบาล (ต่อครั้ง)	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	10,000		
รวม	120	200	320	200	240	440	360	390	750	500	550	1,050		
อายุ 5-60 ปี														
อายุ เกิน 60-70 ปี														

เงื่อนไขและข้อควรระวัง ให้ดูใบได้แผนคุ้มครองฉบับมาตรฐานการประกันอุบัติเหตุฉบับคุ้มครองพิเศษ

ใบเสนอราคา เลขที่ PQBU.0787(1)/59 ใช้บังคับ แผนมาตรฐานสมาชิก

ใบเสนอราคา เลขที่ PQBU.0787(2)/59 ใช้บังคับ แผนพิเศษ (ครอบครัว)

ใบเสนอราคา เลขที่ PQBU.2018-AHI-41-0612 Rev.05 ใช้บังคับ แผนพิเศษ (รวม 1 สมาชิก และแผนพิเศษ (รวม 1 ครอบครัว

ใบเสนอราคา เลขที่ PQBU.2018-AHI-41-0612 Rev.06 ใช้บังคับ แผนพิเศษ (รวม 2 สมาชิก และแผนพิเศษ (รวม 2 ครอบครัว

ใบเสนอราคา เลขที่ PQBU.2018-AHI-41-0613 Rev.05 ใช้บังคับ แผนพิเศษ (รวม 3 สมาชิก และแผนพิเศษ (รวม 3 ครอบครัว

หมายเหตุ : 1. กรณีผลประโยชน์อุบัติเหตุให้สงวนการจ่ายเพิ่ม 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยที่มี ณ ที่ออกกรมคุ้มครองอุบัติเหตุ 2. ออกรางแสดงที่ 0.4% บริษัทฯ ยินดีรับซื้อทรัพย์สินของบุคคลธรรมดาที่สูญหายหรือเงินฝากธนาคารที่สูญหาย

Signature

รายละเอียดโครงการฯ (QR code)

