



ที่ พบ ๐๐๒๓.๑๐/ว ๓๕๔

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
อำเภอบ้านลาด ถนนสายสุทธิ พบ ๗๖๑๕๐

๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๗

เรื่อง การทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เรียน นายเทศมนตรีตำบลบ้านลาด และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดเพชรบุรี ที่ พบ ๐๐๒๓.๖/ว ๘๖๓
ลงวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยจังหวัดเพชรบุรี ได้รับแจ้งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีว่า สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดทำโครงการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้แก่บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็นการดำเนินการปีละ ๒ รอบ (รอบที่ ๑ สมัคร/แสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๗ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗) และ (รอบที่ ๒ สมัคร/แสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๘ ถึง ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘) เนื่องจากกรมธรรม์ความคุ้มครองการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มภาคสมัครใจ ประจำปี รอบที่ ๑ กำลังจะหมดระยะเวลาความคุ้มครอง ในวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ ที่จะถึงนี้

ในการนี้ จึงขอแจ้งรอบการต่อกรมธรรม์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ เพื่อแสดงความจำนงสมัครประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินประจำปี เพื่อรับความคุ้มครองฯ รอบที่ ๑ โดยสามารถลงทะเบียนได้ตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ (เริ่มคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘) โดยขอความร่วมมือเทศบาลตำบลบ้านลาดและองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง ดำเนินการ ดังนี้

๑. แจ้งบุคลากรที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือบุคคลที่เห็นสมควรหรือบุคคลที่ช่วยปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และครอบครัวของบุคลากรดังกล่าวข้างต้นเพื่อรับทราบโครงการ

๒. บุคลากร (ที่สมัครใจ) ทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเตรียมเอกสารและหลักฐาน 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 และประเภทของผู้สมัครประกันภัย รายละเอียดอัตราค่าเบี้ยประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

๓. หัวหน้าหน่วยงานหรือผู้แทนของหน่วยงาน ตรวจสอบหลักฐานรายละเอียดข้อมูลผู้สมัคร ให้ครบถ้วนและนำหลักฐานใน ข้อ ๒ นำส่ง ณ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ภายในวันวันจันทร์ที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๗ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย สามารถดาวน์โหลดได้จาก QR Code ท้ายหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นางสาวนังงัก ไพฑูรย์สวัสดิ์)
ท้องถิ่นอำเภอบ้านลาด



โทร./โทรสาร ๐-๓๒๔๙๒-๐๒๖
(๖๖๕)