



คู่มือการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ปี 2557

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ร่วมกับ
บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

คู่มือรายละเอียดการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ปี 2557

1. หลักการและเหตุผล

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สามารถรักษาชีวิตของประชาชนยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในการช่วยเหลือทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุในระยะแรก เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีความสูญเสียน้อยที่สุด ซึ่งจะส่งผลทำให้ภาระและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลลดลง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงให้ความสำคัญ และมีนโยบายที่ชัดเจน ในการสนับสนุนทั้งด้านการบริหารจัดการ การสนับสนุนงบประมาณ การกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด ให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทุกระดับเอาใจจริงเอาใจในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญคือผู้ปฏิบัติงานด้านนี้มีน้อยมาก และที่มีอยู่ก็มีภาระงานที่มาก ขณะที่ปัจจุบันงบประมาณที่ได้รับกลับลดลงส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มให้ผู้ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเริ่มจัดทำตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนครอบครัวของผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้เกิดความอุ่นใจ และยังคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจของคนที่สามารถเป็นที่พึ่งของสังคม และการประกันภัยฯในปี 2556 ได้เริ่มความคุ้มครอง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 และจะหมดอายุความคุ้มครองใน เดือนตุลาคม 2557

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงพิจารณาทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่ผู้ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นปีที่ 6 โดยการสนับสนุนจากบริษัททิพยประกันภัยจำกัด (มหาชน) ที่เข้าร่วมโครงการร่วมสร้างกำลังใจให้คนกู้ชีพในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2.2 เพื่อสร้างความอุ่นใจให้กับครอบครัวของผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

3. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทั่วประเทศประมาณ 100,000 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล พนักงานเวชกิจฉุกเฉิน และผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่

- ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน 20 กลุ่ม (ตามนิยามศัพท์)
- เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- เจ้าหน้าที่มูลนิธิที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- อาสาสมัครที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(ที่ขึ้นทะเบียน)
- บุคคลที่ช่วยปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือ

เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือ น.พ.สสจ. หรือ ผอ. รพ. เห็นควรได้รับการทำประกันชีวิต

- ญาติสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่ น้อง (อายุไม่ต่ำกว่า 5 ปี และไม่เกิน 70 ปี) ของผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแล้ว

หมายเหตุ ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถสอบถามข้อมูลจากผู้ประสานและสนับสนุนการนิเทศงานการแพทย์ฉุกเฉิน(ผู้ประสานงานเขต)

4. ค่าเบี้ยประกันภัย

ทุนประกันภัยต่อคน 200,000 บาท (สองแสนบาทถ้วน)

ค่าเบี้ยประกันภัยผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 200 บาท/คน/ปี แบ่งเป็น

- ผู้เอาประกันภัย อายุ 5-60 ปี จ่าย 120 บาท/คน/ปี
- ผู้เอาประกันภัย อายุ มากกว่า 60 – 70 ปี จ่าย 320 บาท/คน/ปี
- บริษัทวิทยุประกันภัย จำกัด (มหาชน) สนับสนุนค่าเบี้ยประกัน 80 บาท/คน/ปี

ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุสำหรับญาติสายตรง

- ญาติผู้เอาประกัน อายุ 5-60 ปี จ่าย 200 บาท/คน/ปี
- ญาติผู้เอาประกัน อายุมากกว่า 60 – 70 ปี จ่าย 320 บาท/คน/ปี

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 ชั่วโมงทั่วโลก ให้ความสูญเสีย หรือ เสียหาย

อันเกิดจากการบาดเจ็บซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอกร่างกายของผู้เอาประกันภัยโดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้

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

5.3.2 ให้ความคุ้มครองในกรณี

1. การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (กรณีเสียชีวิตคุ้มครอง 50%ของทุนประกันภัย)
2. การถูกฆ่าหรือถูกทำร้ายร่างกาย
3. การจลาจล การนัดหยุดงาน

4. ขณะกำลังขึ้น – ลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีจัดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสารและมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์

6. เอกสารประกอบการสมัคร

- 6.1 ใบสมัครการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม
- 6.2 สำเนาบัตรประชาชนที่สามารถมองเห็นเลขประจำตัวประชาชน

7. ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้รับผิดชอบการทำประกันภัย สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานการแพทย์ กทม.

- 7.1 ดำเนินการสมัครทางเว็บไซต์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ที่ www.niems.go.th
➔ บริการข้อมูลสารสนเทศ ➔ สมัครและต่อประกันภัย และเพิ่มเติมรายชื่อผู้ตกลงและบุคคลที่ นพ.สสจ. และ ผอ. รพ. เห็นควรได้รับการทำประกันอุบัติเหตุเนื่องจากช่วยปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- 7.2 แจ้งเรื่องการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่ผู้ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(โดยสมัครใจ) ถึงหน่วยปฏิบัติการแม่ข่ายและลูกข่ายEMS./แจ้งต้นสังกัด/หัวหน้าชุดปฏิบัติการEMS.ในพื้นที่
- 7.3 สอบถามผู้ปฏิบัติการที่สมัครใจทำประกันภัย/กรอกใบสมัครพร้อมแนบหลักฐาน(สำเนาบัตรประชาชนที่สามารถมองเห็นเลขประจำตัวประชาชนอย่างชัดเจน)
- 7.4 ตรวจสอบฐานข้อมูลผู้ปฏิบัติการที่สมัครทำประกันอุบัติเหตุกลุ่ม
- 7.5 กรณีที่จะกรอกข้อมูลผู้ปฏิบัติการที่จะสมัครทำประกันอุบัติเหตุสามารถดำเนินการกรอกข้อมูลได้ที่หน้าเว็บไซต์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ www.niems.go.th ➔ บริการข้อมูลสารสนเทศ ➔ สมัครและต่อประกันภัย ตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม – 30 กันยายน 2557

ขั้นตอนการดำเนินงาน

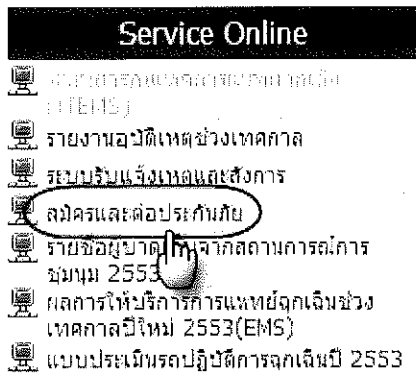
โปรแกรมประกันอุบัติเหตุ เป็นโปรแกรมแบบ Web application (Web Online) จะสามารถทำงานได้ต่อเมื่อมี Internet ก็สามารถทำงานได้ โปรแกรมประกันอุบัติเหตุนี้เหมาะกับกลุ่มผู้ใช้ที่ทำหน้ารับผิดชอบการทำประกันอุบัติเหตุ เช่น สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด สำนักงานการแพทย์ กทม. หรือบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นตัวแทนประกันอุบัติเหตุ เป็นต้น

โปรแกรมประกันอุบัติเหตุมีคุณสมบัติ ดังนี้

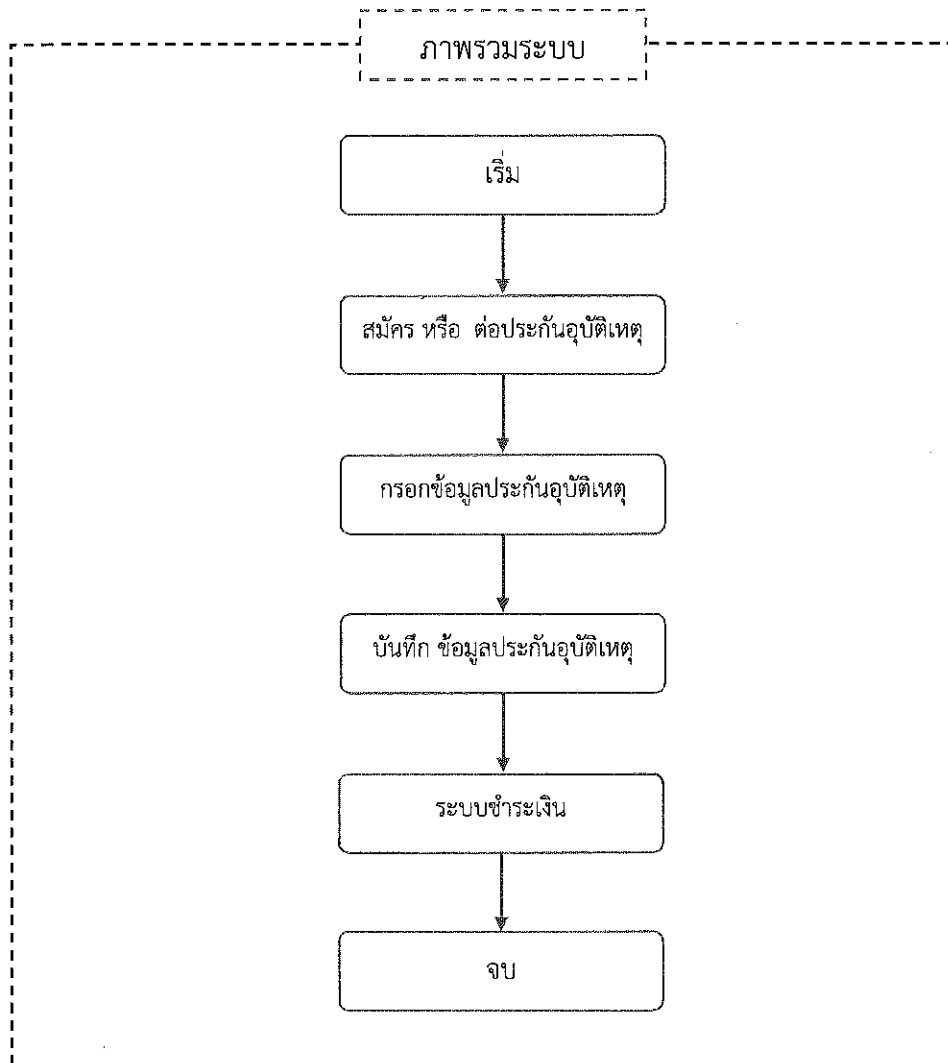
1. สมัครทำประกันอุบัติเหตุ หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานท่านใดที่ไม่เคยสมัครเข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ ก็สามารถสมัครทำประกันอุบัติเหตุได้ โดยการสมัครผ่านโปรแกรมประกันอุบัติเหตุเท่านั้น
2. การต่อประกันอุบัติเหตุ หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานท่านใดที่เคยสมัครเข้าร่วมโครงการประกันอุบัติเหตุ มีความประสงค์ที่จะต่อประกันอุบัติเหตุให้คุ้มครองต่อเนื่องก็สามารถทำได้ โดยการต่อประกันอุบัติเหตุผ่านโปรแกรมประกันอุบัติเหตุเท่านั้น
3. ชำระเบี้ยประกันอุบัติเหตุ หมายถึง ผู้ใช้งานโปรแกรมประกันอุบัติเหตุเท่านั้น หรือ ตัวแทนประกันอุบัติเหตุ จะต้องพิมพ์ เคาน์เตอร์เปย์เมนต์ (Counter payment) ผ่านโปรแกรมประกันอุบัติเหตุเท่านั้น

ช่องทางการเข้าใช้งานโปรแกรมประกันอุบัติเหตุ

1. ทางเว็บไซต์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ที่ www.niems.go.th
2. ไปที่หัวข้อ Service online เลือก “สมัครและต่อประกันภัย” ดังรูป



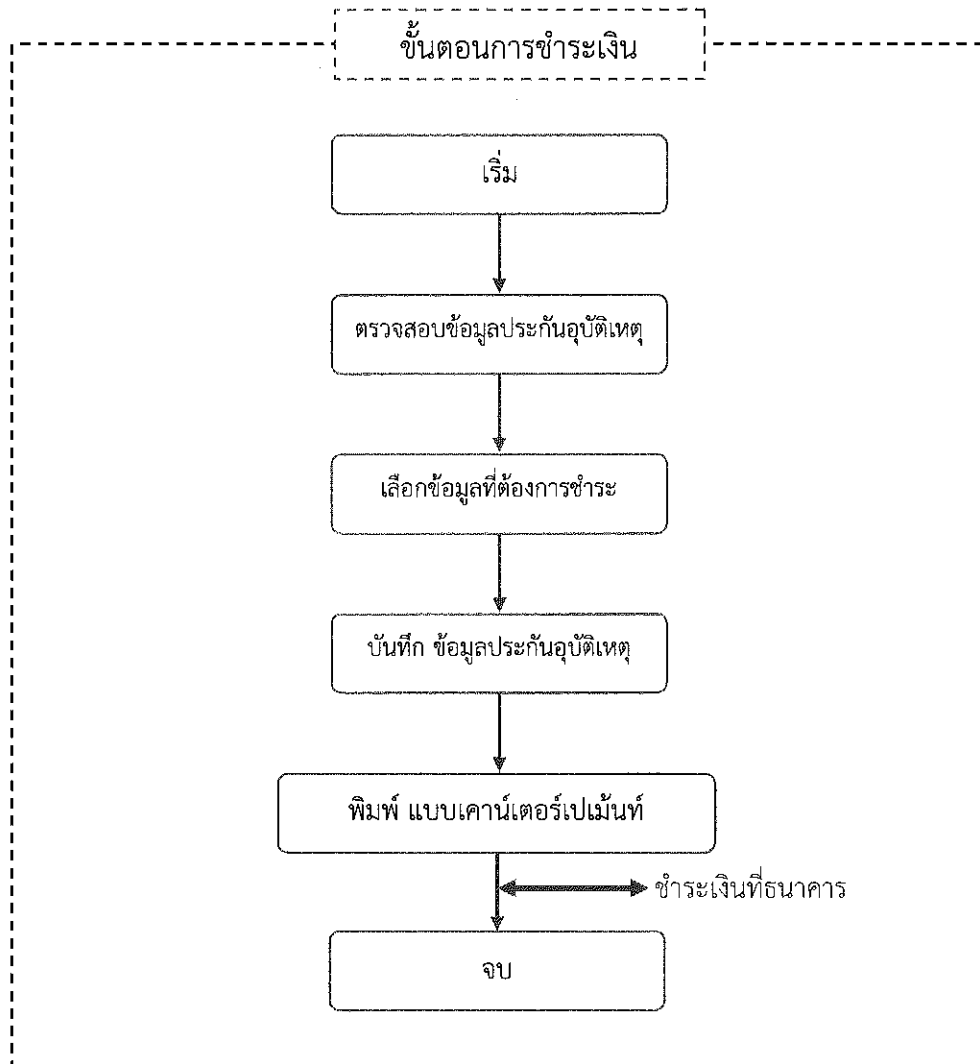
กระบวนการทำประกันอุบัติเหตุผ่านโปรแกรมประกันอุบัติเหตุ (Flow Chart)



8. วิธีในการชำระเงิน

- 8.1 ผู้ที่สมัครใจทำประกันภัยชำระเงินที่หน่วยปฏิบัติการแม่ข่าย/ลูกข่ายEMS./ ต้นสังกัด
- 8.2 หน่วยปฏิบัติการแม่ข่าย/ลูกข่ายEMS./ ต้นสังกัด/หัวหน้าชุดปฏิบัติการEMS.ในพื้นที่เป็นผู้รวบรวมใบสมัครและเงินส่งที่สำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด
- 8.3 สสจ.โอนเงินค่าทำประกันเข้าบัญชี บริษัททิพยประกันภัย จำกัด โดยการพิมพ์ใบเคาน์เตอร์เปย์เมนต์จากระบบการทำประกันภัยที่ สพฉ. กำหนด ซึ่งหนึ่งใบเคาน์เตอร์เปย์เมนต์ต่อผู้สมัครทำประกัน 100 คน โดยจะมีค่าธรรมเนียมการโอนเงิน 20 บาท ต่อหนึ่งใบเคาน์เตอร์เปย์เมนต์ และสามารถโอนเงินที่ เคาน์เตอร์ ธนาคารกรุงไทย จำกัด ทุกสาขาทั่วประเทศ

- 8.4 ส่ง Fax สำเนาใบ เคาน์เตอร์เปย์เมนท์ที่ชำระค่าเบี้ยแล้ว โดยแจ้งชื่อและสถานที่ปฏิบัติงาน
 ของผู้โอนไปที่ สุวรรณฯ ต้นจรรยา หรือคุณสุกัญญา สิทธิชอบธรรม Fax. 02 - 239 - 2015
- 8.5 บริษัทพิพยประกันภัย จำกัด ออกใบกรมธรรม์ให้ สสจ.



9. หลักเกณฑ์การเบิกค่าดำเนินการ

- 9.1 บริษัทพิพยประกันภัย จำกัด สนับสนุนค่าดำเนินการในการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม รายละเอียด 10 บาท
- 9.2 สำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด สามารถหักค่าดำเนินการได้จากค่าเบี้ยประกันภัยนำส่งจากส่วนของผู้ประกันภัย รายละเอียด 10 บาท
- 9.2.1 หน้าที่ของผู้รับทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

1. ประสานเรื่องการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่ผู้ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(โดยสมัครใจ)ถึงหน่วยปฏิบัติการแม่ข่ายและลูกข่ายEMS./ แจ้งต้นสังกัด/ หัวหน้าชุดปฏิบัติการEMS.ในพื้นที่
2. รวบรวมใบสมัคร หลักฐาน(สำเนาบัตรประชาชนที่สามารถมองเห็นเลขประจำตัวประชาชนอย่างชัดเจน) พร้อมเงินค่าสมัคร จากหน่วยปฏิบัติการแม่ข่ายและลูกข่าย EMS./ จากต้นสังกัด/จากหัวหน้าชุดปฏิบัติการEMS.ในพื้นที่
3. ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลรายชื่อผู้ปฏิบัติการทาง website : <http://www.niems.go.th/> สำหรับผู้สมัครเดิมและเพิ่มเติมรายชื่อ ผู้สมัครใหม่
4. จัดทำ Repost รายชื่อผู้ทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม และจัดใบเคาน์เตอร์เปย์เมนท์ โอนเงินตามจำนวนผู้ทำประกัน และค่าธรรมเนียมการโอนเงิน พร้อมส่ง Fax. ยืนยันการโอนเงิน ให้กับบริษัทพิพยประกันภัย จำกัด
5. จัดทำทะเบียนประวัติผู้ทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม จัดเก็บไว้ที่ผู้รับผิดชอบของจังหวัด
6. เป็นผู้ประสานการเรียนรู้เรื่องค่าสินไหมทดแทน ติดตามเอกสารประกอบการเรียกร้อง แทนผู้รับผลประโยชน์ พร้อมทั้งติดตามการจ่ายเงินค่าชดเชยจาก บริษัทพิพยประกันภัย จำกัด

10. ระยะเวลาในการดำเนินการ

รอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม ถึง 15 ตุลาคม 2557

รอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2558

11. ระยะเวลาการคุ้มครอง 1 ปีนับจากวันออกกรมธรรม์

รอบที่ 1 เริ่มคุ้มครอง 1 ตุลาคม 2557

รอบที่ 2 เริ่มคุ้มครอง 1 มีนาคม 2558

หมายเหตุ ความคุ้มครองเกิดต่อเมื่อมีการชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยผ่านธนาคารแล้วเท่านั้น

12. การยื่นแบบขอสินไหมทดแทน กรณีผู้เอาประกันเสียชีวิต

1. ผู้รับผลประโยชน์ หรือ หน่วยปฏิบัติการแม่ข่ายและลูกข่ายEMS. ยื่นแบบคำขอสินไหมทดแทน พร้อมเอกสาร เอกสารกรณีเสียชีวิต กรอกแบบเรียกร้อง ใบมรณะบัตร ใบชันสูตรพลิกศพ หรือ หนังสือรับรองการตาย บันทึกประจำวันจากตำรวจ ทะเบียนบ้าน บัตรประชาชน ผู้เสียชีวิต และ ผู้รับประโยชน์หนังสือนำส่งจากหน่วยงาน ใบรับรองแพทย์ ณ สำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด (สสจ./รพศ./รพท.)

2. ผู้รับผิดชอบการทำประกันภัย สำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด (สสจ./รพศ./รพท.)

ยื่นขอสินไหมทดแทนกับบริษัททิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายการตลาด 1
ที่ตั้ง 63/2 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

กรณีแจ้งขอสินไหมทดแทน ติดต่อเจ้าหน้าที่ของบริษัททิพยประกันภัยจำกัด (มหาชน)

ผู้ประสานสำนักงานใหญ่

1. คุณสุวรรณา ต้นจรรยา ผู้จัดการส่วน ฝ่ายการตลาด 1 โทร 081 837 5293

2. คุณสุกัญญา สิทธิชอบธรรม เจ้าหน้าที่ชำนาญการ โทร 02 239 2931

ฝ่ายการตลาด 1 โทร 02 239 2168

ลำดับที่	บริษัททิพยประกันภัย (จำกัด) 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	สาขาอุตรธานี	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
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	สาขาดำรง	0-7559-0494-7

3. และส่งสำเนาข้อมูลับการขอสินไหมทดแทนมาที่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.)

88/40 หมู่ที่ 4 อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 84 พรรษา สาธารณสุข

ซอย 6 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

4. บริษัทที่พยายประกันภัย จำกัด (มหาชน) แจ้ง/นัด การจ่ายเงิน ให้สำนักบริการการแพทย์
 ฉุกเฉินจังหวัด (สสจ./รพศ./รพท.) สพฉ.

รายชื่อผู้ประสานงานและสนับสนุนการนิเทศงานการแพทย์ฉุกเฉิน

พื้นที่	เขต	ผู้ประสานงาน	เบอร์โทรศัพท์
กรุงเทพมหานคร		น.ส.สุดารัตน์ นิราพาธ	089 019 1669
		น.ส.สิริมา ใจปล้ำ	085 234 1669
		นางนลินรัตน์ เรืองจิรยศ	089-205-1669
ภาคเหนือ	1	น.ส.เพ็ญรุ่ง บัญรักษ์	085 226 1669
		นางกรรองกาญจน์ บุญใจใหญ่	085-487-1669
		นางสาวชนิษฐา ภูสีมุงคุณ	080 781 1669
		นางสาวกิตติมา ยุทธสารประสิทธิ์	087 021 1669
	2	นายศิริชัย นิมมา	085 231 1669
		นางสินีนุช ชัยสิทธิ์	081 819 1669
	3	นางสาวเทียมจันทร์ ฉัตรชัยกนันท์	085 489 1669
		นางชิตชนก สุวคนธ์	085 254 1669
ภาคกลาง	4	นางจิรวดี เทพเกษตรกุล	085 252 1669
		นางนฤมล พาพพิลา	087 108 1669
		ดร.ปวีณ นราเมธกุล	081 173 1669
	5	นายวัฒนา ทองเอี้ย	089 897 1669
		นางณญาดา ลิ้มพุทธอักษร	084 342 1669
		นางสาวพรธิดา แยมพยนต์	080 783 1669
	6	นายภาดร นิมนุช	081 835 1669
		นางพัชรี รณที	087 022 1669
		นายชิษณุ ศรีธรรมมานุสาร	089 052 1669
ภาคตะวันออกเฉียง	7	นายรังสรรค์ คูหากาญจน์	081 172 1669
		ว่าที่ร้อยโทอรณพ สุขพบูลย์	081 720 1669
	8	นางธันณ์จิรา ธนาศิริชนันท์	085 488 1669
		นายพงษ์พิชญ์ ศรีธรรมมานุสาร	084 906 1669
	9	นางสาวตรีงตา พูลผลอำนาจ	089 047 1669
		นายบุญฤทธิ์ เพ็ชรรักษ์	084 378 1669
นางสาวสุนัชมา ไชยกาล		085 259 1669	

พื้นที่	เขต	ผู้ประสานงาน	เบอร์โทรศัพท์
ภาคใต้	10	นางสาวนวนันท์ กิจทวี	080 623 1669
		นายวสัน เวียนเสี้ยว	089 050 1669
		นางสาวพรรณทิพา จิตอุ้น	085 482 1669
	11	นายเกียรติคุณ เผ่าทรงฤทธิ์	081 907 1669
		น.ส.สุพิชญา ศิลสารรุ่งเรือง	084 874 1669
		นายบัณฑิต พิระพันธ์	085 237 1669
	12	นายสุวัชร อภิภูณานนท์	081 832 1669
		นางสาวอุรา สุวรรณรักษ์	085 238 1669
		นางสุนิสา สุวรรณรักษ์	089 206 1669
		นายการ์นต์ ศรีวัฒนบุรพา	081 989 1669

13. รายชื่อผู้รับผิดชอบการทำประกันภัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

รหัส	จังหวัด	ชื่อผู้ประสาน	โทรศัพท์มือถือ
10	กรุงเทพมหานคร	นายทะเลนต์ สายมัน	081-1811129
11	สมุทรปราการ	นางธนิดา เอี่ยมโอกาส	081-5136693
12	นนทบุรี	นางบรรจง หนูแก้ว	089-5342712
13	ปทุมธานี	นางสาวเพ็ญไพสิฐ จันทร์อยู่	081-7827311
14	พระนครศรีอยุธยา	ร.ต.อ.หญิงสุดปรานี ศรีโกมุท	091-7393464
15	อ่างทอง	นางวนิดา เทียงตรง	086-8131669
16	ลพบุรี	นางบังอร นัตนะรา	081-9267966
17	สิงห์บุรี	นางสมใจ มานะกรโกวิท	089-5223945
18	ชัยนาท	นางมาลี มีโต	086-7594056
19	สระบุรี	จ.อ.สมบัติ โล่ห์เงิน	086-5197570
20	ชลบุรี	นางอารีย์นุช ศิริวรรณ	081-8651446
21	ระยอง	นางอารยา ผ่องแผ้ว	089-4051669
22	จันทบุรี	นางสุวัชร ฤทธิโสม	089-8317173
23	ตราด	นายพิบูลย์ รองศิริคง	085-0911669
24	ฉะเชิงเทรา	นางประภาภรณ์ ภักดิ์วิงษ์	081-5880945
25	ปราจีนบุรี	นางพัชนีวัลย์ พลธร	081-5503549

รหัส	จังหวัด	ชื่อผู้ประสาน	โทรศัพท์มือถือ
26	นครนายก	นายวิวัฒน์ พวงประเสริฐ	089-8341328
27	สระแก้ว	นายสมบัติ พึ่งเกษม	081-2950985
30	นครราชสีมา	นายวีระชน เกลียวกลม	089-2559308
31	บุรีรัมย์	นางเทียนทอง บุญราษฎร์	081-5475633
32	สุรินทร์	นางสาวอารีญา อนุเคราะห์	087-4415082
33	ศรีสะเกษ	นางสาวระนิดา เปรมทา	089-9485138
34	อุบลราชธานี	นางสาวอรชร สายสุ้ย	084-8769016
35	ยโสธร	นางเบญจรัตน์ มิวเรือนนท์	085-4176185
36	ชัยภูมิ	นางนิภาภรณ์ นีรัตน์พงษ์	081-5983872
37	อำนาจเจริญ	นายคมกฤษณ์ สุขไชย	080-4711669
38	บึงกาฬ	นายเศรษฐพงศ์ พิมพิภาค	084-9546585
39	หนองบัวลำภู	นางอ่อนจันทร์ สมบัติใหม่	088-5610280
40	ขอนแก่น	นางสาวเทวารักษ์ ภูครองนาค	081-7085840
41	อุดรธานี	นางเจนจิราสตรา วงศ์ประทุม	081-2611616
42	เลย	นายกิตติเดช ศรีสุวรรณ	083-5621669
43	หนองคาย	นายมนตรี ดิษฐสร้อย	084-5115654
44	มหาสารคาม	นางเกษศิริพันธ์ ไชยลาภ	081- 9647879
45	ร้อยเอ็ด	นางสุภาภรณ์ ทัดนพวงศ์	081-7683404
46	กาฬสินธุ์	นางสงนงนุช โนนศรีชัย	084-428 4557
47	สกลนคร	นางวิจิตรา สุจริตพงษ์	081-1174098
48	นครพนม	นางประดับดาว ไพศาลสิงห์	087-0035599
49	มุกดาหาร	น.ส.ชลธิชา นิลภา	083-1442082
50	เชียงใหม่	นางสาวธีรวรรณ สิงห์ใส	089-2624616
51	ลำพูน	นางจรรยาพร ธรรมน้อย	086 - 1973535
52	ลำปาง	นางสาวจันทร์ชนก กิตติจันทโรภาส	085-5272227
53	อุตรดิตถ์	นายสมถวิล แพร่ขาว	081-9622286
54	แพร่	นางรำจวน คูหา	085 036 0034
55	น่าน	คุณสุมาลี ชุ่ยหาญ	089-7595945
56	พะเยา	นางพัฒนาการ ผลศุภรักษ์	089-9559751
57	เชียงราย	นางเรือนทอง ไหม่อารินทร์	086-1922871
58	แม่ฮ่องสอน	นางสาวเปรมใจ หน่อแก้ว	081-5303705

รหัส	จังหวัด	ชื่อผู้ประสาน	โทรศัพท์มือถือ
60	นครสวรรค์	นางวรัตน์ฐนัน พันธจักร	081-786-0100
61	อุทัยธานี	นางนพวรรณ นวกุล	081-7862922
62	กำแพงเพชร	นายณัฐพงศ์ วิมานสาร	089-5361669
63	ตาก	นางชมพูนุท รัตน์วิชัย	089-9583779
64	สุโขทัย	คุณยลฤทัย ภู่อรุณ	081-6750096
65	พิษณุโลก	คุณทิวาพร สุภาพ	081-9736478
66	พิจิตร	นางจิรพรรณ คุ่มคุณ	086-9305175
67	เพชรบูรณ์	นางไพลิน สีสัตย์ชื่อ	085-8722095
70	ราชบุรี	นางสุรภา ขุนทองแก้ว	086-3358208
71	กาญจนบุรี	นางสาวชลิดา ถนอมวงษ์	081-7367230, 084-8829006
72	สุพรรณบุรี	นางสุมัญญา ทรีพันธ์เขียวชาญ	086-6083720
73	นครปฐม	นางสาวปรานี ตั้งจารวัฒน์ชัย	081-9958267
74	สมุทรสงคราม	นางสาวทฤตมน ทองเรือง	086-6173589
75	สมุทรสาคร	นางจิตติมา จิระชีวี	086-7678710
76	เพชรบุรี	นายอนุชา ปิ่นเพชร	086-5756969
77	ประจวบคีรีขันธ์	นายสุทธิ วิเชียรฉาย	085-1964013
80	นครศรีธรรมราช	นายอนันต์ รอดสัน	084-1827798
81	กระบี่	คุณศรัญญา โชคไพศาล	089-4745112
82	พังงา	นางสาวธีรารัตน์ พิษเกิด	080-1461675
83	ภูเก็ต	นางสาวสิทธิมนต์ ชูเงิน	080-5243453
84	สุราษฎร์ธานี	นายสุรพงษ์ ลาดศิลป์	086-687-7899
85	ระนอง	นางสาวภาวดี ศิริคง	080-522-2799
86	ชุมพร	นายกรรชัย เพ็ชรเวช	086-7435945
90	สงขลา	นายประสิทธิ์ ธีระสตุล	089-7396910
91	สตูล	นางกมลรัตน์ ชาวแก้ว	087-2801396
92	ตรัง	นายศุภชาติ เขมวุฒิพงษ์	087-3821669
93	พัทลุง	นายเจริญ ปราบปรี	089-8696052
94	ปัตตานี	นายสมยศ อินทรสุวรรณ	089-7344877
95	ยะลา	นายจิรายวัฒน์ ชัยพานิชกุล	089-4634249
96	นราธิวาส	นายสุวัฒน์ เสาร์พูล	089-1192528
99	สพด.	นางสาวคงขวัญ จันทร์แก้ว	087-0991669

14. ผู้รับผิดชอบโครงการ การทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม
นางสาวคงขวัญ จันทร์แก้ว วิชาการผู้จัดการงานพัฒนาบุคลากร
โทร. 087 099 1669 E-mail: Kongkhwan.c@niems.go.th
15. ผู้รับผิดชอบโปรแกรม การทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม
นายบัณฑิต พิระพันธ์ ผู้จัดการงานบริหารระบบสารสนเทศ
โทร. 085 237 1669 E-mail: bundit.p@niems.go.th
16. ผู้ประสานสำนักงานใหญ่ บริษัททิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
คุณกฤตยา สามเมือง ที่ปรึกษาโครงการ
โทร. 081 171 3100 E-mail : E21mon@yahoo.com

ภาคผนวก



ใบสมัครประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลโครงการทิพย์ประกันภัย
ร่วมสร้างกำลังใจให้คนกู้ชีพในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน



เลขประจำตัว ชื่อหน่วยบริการ จังหวัด.....
 ชื่อ นาย / นาง / นางสาว อื่นๆ..... นามสกุล.....
 วัน เดือน ปี เกิด...../...../..... เลขบัตรประชาชน..... (แนบเอกสาร สำเนาบัตรประชาชน)
 ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน (อาคาร)..... ชั้น..... ซอย.....
 ถนน..... แขวง(ตำบล)..... เขต(อำเภอ)..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... E-mail..... น้าหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม.
 โทรศัพท์(บ้าน)..... โทรศัพท์(ที่ทำงาน)..... ต่อ..... โทรศัพท์มือถือ.....
 อาชีพ..... รายได้/เดือน..... บาท ตำแหน่ง.....
 ผู้รับประโยชน์..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 2..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 3..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่? ไม่เคย เคย.
 ถ้าเคยโปรดแจ้ง..... ลักษณะการบาดเจ็บ.....
 ผลการรักษา..... แพทย์/ร.พ. หรือสถานรักษา.....

ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ก. โรคลมชัก | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ข. โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ค. ความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ง. โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| จ. โรคกระดูกและ / หรือ โรคกล้ามเนื้อ | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ฉ. โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ช. โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

() () ()
 ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์ ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

ตัวแทน นายหน้าประกันรายนี้..... ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865

REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE, MINISTRY OF COMMERCE

Give answer to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.



ใบสมัครประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลโครงการทิพย์ประกันภัย
ร่วมสร้างกำลังใจให้คนสู้ฟันในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(ครอบครัว)



ครอบครัวนาย / นาง / นางสาว.....เลขบัตรประชาชน 13 หลัก.....
 หน่วย..... จังหวัด..... เกี่ยวข้องเป็น คู่สมรส / บุตร / บิดา / มารดา / พี่หรือน้อง
 ชื่อผู้ทำประกันตน นาย / นาง / นางสาว อื่นๆ.....นามสกุล.....
 วัน เดือน ปี เกิด..... /..... /.....เลขบัตรประชาชน.....(แนบเอกสาร สำเนาบัตรประชาชน)
 ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน (อาคาร)..... ชั้น..... ซอย.....
 ถนน..... แขวง(ตำบล)..... เขต(อำเภอ)..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... E- mail..... น้าหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม.
 โทรศัพท์(บ้าน)..... โทรศัพท์(ที่ทำงาน)..... ต่อ..... โทรศัพท์มือถือ.....
 อาชีพ..... รายได้/เดือน..... บาท ตำแหน่ง.....
 ผู้รับประโยชน์ 1..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 2..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 3..... เกี่ยวข้องเป็น.....

ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่? ไม่เคย เคย.

ถ้าเคยโปรดแจ้ง..... ลักษณะการบาดเจ็บ.....
 ผลการรักษา..... แพทย์/ร. พ. หรือสถานรักษา.....

ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคต่อไปนี้หรือไม่?

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ก. โรคลมชัก | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ข. โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ค. ความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ง. โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| จ. โรคกระดูกและ / หรือโรคกล้ามเนื้อ | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ฉ. โรคมะเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ช. โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำแถลงตามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

.....
 () () ()
 ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์ ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย ลงลายมือชื่อผู้แทน โดยชอบธรรม

ตัวแทน นายหน้าประกันรายนี้.....ใบอนุญาตเลขที่.....

คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมาย
 แห่งและพาณิชย์ มาตรา 865

REMINDER OF THE DEPARTMENT OF INSURANCE , MINISTRY OF COMMERCE

Give answer to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under the policy in accordance with
 section 865 of the Civil & Commercial Code



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

The Dhipaya Insurance Public Company Limited

63/2 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทร.(02) 248 0059 ต่อ 2410, 2413 โทรสาร : (02) 643 2951

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุส่วนบุคคล PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

นาม Name	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย (M) <input type="checkbox"/> หญิง (F) Sex	อายุ Age	กรมธรรม์เลขที่ Policy No.
ที่อยู่ Address			โทรศัพท์ Tel.
อาชีพ Occupation			ตำแหน่ง/หน้าที่ Duties
ชื่อและที่อยู่ของนายจ้าง Name & Address of Employer			โทรศัพท์ Tel.
วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident	เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ Time of Accident	น. Hrs.	สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Place of Accident
บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด Describes Accident in Detail			
ใบคดีที่เกิดอุบัติเหตุระบุวงกรมเดินทางโปรดระบุพาหนะ (รถไฟ, รถประจำทาง, รถแท็กซี่, รถยนต์โดยสาร, ฯลฯ) Exact Convoynance (State Name of Train, Bus, Airline, Flight Number, Etc.)			
ระบุนาการที่ได้รับบาดเจ็บ Describe Injury			
ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล/สถานพยาบาล If hospitalized, give name and address of hospital		ชื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา Attending Doctor	
		บัตรคนไข้เลขที่ Patient Card No.	
		ต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาล/สถานพยาบาล Confined to Hospital	
		จากวันที่ From	ถึงวันที่ To
ในกรณีที่มีการร่อนถ่ายเนื้อที่โรงพยาบาล/สถานพยาบาลอื่น โปรดระบุ			

หนังสือยินยอม

ข้าพเจ้าขอยินยอมให้ โรงพยาบาลแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจ และรักษาข้าพเจ้า ยินยอมแจ้งข้อมูลหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติการแพทย์ การปรึกษา ในสัญญา หรือการรักษา และส่วนบันทึกของโรงพยาบาล หรือการแพทย์ของข้าพเจ้าได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

Authorization

I here by authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me to furnish to the company, or its authorized representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original

ลงนาม
Sign Here

ลายเซ็นของผู้เรียกร้อง/ผู้บาดเจ็บ
Claimant's signature

วันที่
Date

หลักฐานประกอบ
ใบรับรองแพทย์ (ต้นฉบับ)
ใบเรียกค่ารักษาพยาบาล(ต้นฉบับ)

Documents Required
Medical report (Original)
Medical expenses invoice (Original)

สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม



อ.บ.2

ข้อตกลงคุ้มครอง

บริษัทให้การคุ้มครองเฉพาะข้อตกลงคุ้มครองในข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยตามที่ระบุไว้ในตารางเท่านั้น การประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายอันเกิดจากความบาดเจ็บทางร่างกายของผู้เอาประกันภัย โดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้:-

ข้อ 1 : การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องรักษาตัว ติดต่อกันในโรงพยาบาลและเสียชีวิตเพราะความบาดเจ็บนั้นเมื่อใดก็ดี บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ดังนี้

- 1.1 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการเสียชีวิต
- 1.2 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง และการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นได้เป็นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ชัดเจนว่าผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
- 1.3 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือสองข้างตั้งแต่ข้อมือ หรือเท้าสองข้างตั้งแต่ข้อเท้า หรือสายตาสองข้าง
- 1.4 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
- 1.5 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และสายตาหนึ่งข้าง
- 1.6 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า และสายตาหนึ่งข้าง
- 1.7 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ
- 1.8 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
- 1.9 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับสายตาหนึ่งข้าง
- 1.10 50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับหูหนวกสองข้างหรือเป็นใบ้
- 1.11 15% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับหูหนวกหนึ่งข้าง
- 1.12 25% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วหัวแม่มือ (ทั้งสองข้อ)
- 1.13 10% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วหัวแม่มือ (หนึ่งข้อ)
- 1.14 10% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วชี้ (ทั้งสองข้อ)
- 1.15 8% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วชี้ (หนึ่งข้อ)
- 1.16 4% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วชี้ (หนึ่งข้อ)
- 1.17 5% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วอื่น ๆ แต่ละนิ้ว (ไม่น้อยกว่าสองข้อ) นอกจากนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้
- 1.18 5% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วหัวแม่มือ
- 1.19 1% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วอื่น ๆ แต่ละนิ้ว (ไม่น้อยกว่าหนึ่งข้อ) นอกจากนิ้วหัวแม่มือ

การสูญเสียอวัยวะโดยถาวรสิ้นเชิง หมายถึง การถูกตัดออกจากร่างกาย และให้หมายรวมถึง การสูญเสียสมรรถภาพในการใช้งานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้อีกตลอดไป

การสูญเสียสายตา หมายความว่า ดาบอดสนิทและไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไป

บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนตามข้อนี้เพียงรายการที่สูงสุดรายการเดียวเท่านั้น เว้นแต่กรณีที่มีการสูญเสียนิ้วมือหรือนิ้วเท้าโดยถาวรสิ้นเชิงตามรายการที่ 1.12 ถึง 1.19 และไม่อาจเรียกร้องค่าทดแทนตามรายการใดรายการหนึ่งในรายการที่ 1.1 ถึง 1.9 ได้ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ตามความสูญเสียที่แท้จริงในแต่ละรายการรวมกัน แต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในตาราง

ในกรณีทุพพลภาพถาวรบางส่วน ซึ่งไม่สามารถเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดไว้ตามรายการที่ 1.2 ถึง 1.19 ได้และไม่ใช่เป็นการสูญเสียสมรรถภาพในการลิ้มรส หรือดมกลิ่น บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ตามความเห็นของแพทย์ของบริษัท แต่ไม่เกิน 50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในตาราง

ข้อ 2 : ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิงภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนรายสัปดาห์ให้ในจำนวนเงินต่อสัปดาห์ตามที่ระบุไว้ในตาราง ตลอดระยะเวลาที่ยังทุพพลภาพอยู่ (สูงสุดไม่เกิน 52 สัปดาห์) หักด้วยจำนวนเงินหรือจำนวนวันส่วนแรกของผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

บริษัทจะเลิกจ่ายค่าทดแทนข้อนี้ทันทีหลังจากมีกรณีที่ต้องจ่ายค่าทดแทนที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1

ข้อ 3 : ทูพผลภาพชั่วคราวบางส่วน

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วนภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนรายสัปดาห์ให้อัตราส่วนเงินต่อสัปดาห์ตามที่ระบุไว้ในตารางตลอดระยะเวลาที่ยังทุพพลภาพอยู่ (สูงสุดไม่เกิน 52 สัปดาห์) หักด้วยจำนวนเงินหรือจำนวนวันส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยต้องรับผิดชอบเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

บริษัทจะเลิกจ่ายค่าทดแทนข้อนี้ทันทีหลังจากมีกรณีต้องจ่ายค่าทดแทนที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 หรือ ข้อ 2

ข้อ 4 : การรักษาพยาบาล

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ตามกฎหมาย หรือต้องได้รับการพยาบาลโดยแพทย์ที่มีใบอนุญาต บริษัทจะชดเชยค่าใช้จ่ายที่ผู้เอาประกันภัยได้จ่ายไปจริง ซึ่งเกิดขึ้นภายใน 52 สัปดาห์ นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ สำหรับการพยาบาล แต่ไม่รวมถึงการจ้างพยาบาลพิเศษ ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนเงินที่บริษัทต้องรับผิดชอบที่ระบุไว้ในตาราง หักด้วยจำนวนเงินส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบด้วยตนเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

แต่หากผู้เอาประกันภัยได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐ หรือสวัสดิการอื่นใด หรือจากการประกันภัยอื่นมาแล้ว บริษัทจะรับผิดชอบเพียงจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล และค่าการพยาบาลส่วนที่ขาดเท่านั้น

ข้อยกเว้น

การประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครอง

1. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใดๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้

- ก. การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้ คำว่า "ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา" นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป
- ข. การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง
- ค. การได้รับเชื้อโรค ปรสิตร เว้นแต่การติดเชื้อโรค หรือบาดทะยัก หรือโรคกลัวน้ำ ซึ่งเกิดจากบาดแผลที่ได้รับมาจากอุบัติเหตุ
- ง. การรักษาทางเวชกรรมหรือศัลยกรรม เว้นแต่ที่จำเป็นจะต้องกระทำ เนื่องจากได้รับบาดเจ็บ ซึ่งได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และได้กระทำภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย
- จ. การแห้งลูก
- ฉ. การรักษาฟันหรือการรักษารากฟัน เว้นแต่การรักษาที่ได้เกิดขึ้นภายใน 7 วันนับจากวันเกิดอุบัติเหตุ
- ช. การเปลี่ยนหรือใส่ฟันปลอม การครอบฟัน หันตกรรมประดิษฐ์
- ซ. อาหารเป็นพิษ
- ฅ. การปวดหลัง อันมีสาเหตุมาจาก หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท กระดูกสันหลังเสื่อม (Spondylolisthesis) กระดูกสันหลังเสื่อม (Degeneration) หรือ (Spondylosis) กระดูกสันหลังอักเสบ (Spondylitis) และภาวะ Spondylolysis เว้นแต่มีการแตกหัก (Fracture) หรือเคลื่อน (Dislocation) ของกระดูกสันหลังอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
- ญ. สงคราม (ไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม) การรุกราน หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ การที่ประชาชนภัยความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือขึ้นต่อต้านรัฐบาล การจลาจล การนัดหยุดงาน
- ฎ. อาวุธนิวเคลียร์ การแผ่รังสี หรือกัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใดๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์และกรรมวิธีใดๆ แห่งการแตกแยกตัวทางนิวเคลียร์ ซึ่งดำเนินการติดต่อกันไม่โดยตัวของมันเอง

2. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใดๆ ที่เกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้

- ก. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยล่าสัตว์ในป่า แข่งรถหรือแข่งเรือทุกชนิด แข่งม้า เล่นหรือแข่งกีฬาทุกชนิดรวมถึงเจ็ตสกีด้วย แข่งสเก็ต ชกมวย ไลดรัม (เว้นแต่การไลดรัมเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือเครื่องบินเล่นแบบจีเอ็มพี บินหรือไต่เขาที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย จาน้ำที่ต้องใช้ถึงอากาศและเครื่องช่วยหายใจได้น้ำ
- ข. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขี่ม้า หรือโดยสารรถจักรยานยนต์
- ค. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกอบภารโดยสายการบินพาณิชย์
- ง. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขี่ม้าหรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใดๆ
- จ. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยเข้าร่วมทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนช่วยให้เกิดการทะเลาะวิวาท
- ฉ. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรม หรือขณะที่ถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
- ช. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยปฏิบัติหน้าที่เป็น ทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม แต่หากการเข้าปฏิบัติการนั้นเกิน 30 วัน บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัย ตั้งแต่ระยะเวลาที่เข้าปฏิบัติการสงคราม หรือปราบปรามนั้น จนถึงวันสิ้นสุดการปฏิบัติการนั้น ส่วนหลังจากนั้นให้กรมธรรม์มีผลบังคับต่อไปจนถึงสิ้นสุดระยะเวลา