



## คู่มือการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ปี 2559

---

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ร่วมกับ

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

## คู่มือรายละเอียดการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ปี 2559

### 1. หลักการและเหตุผล

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

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มให้ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเริ่มจัดทำตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนครอบครัวของผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้เกิดความอุ่นใจ และยังคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจของคนกู้ชีพที่สามารถเป็นที่พึ่งของสังคม ซึ่งการประกันภัยฯในปี 2558 ได้เริ่มความคุ้มครอง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 และจะหมดอายุความคุ้มครองใน เดือนตุลาคม 2559 นั้น

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงพิจารณาทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่ผู้ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นปีที่ 8 ทั้งนี้บริษัทที่พยายประกันภัยจำกัด (มหาชน) ได้รับการคัดเลือกให้เป็นบริษัทที่เข้าร่วมโครงการร่วมสร้างกำลังใจให้คนกู้ชีพในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

### 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
- บุคคลที่ช่วยปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, เลขาธิการ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, นพ.สสจ., หรือ ผอ. รพ. เห็นควรได้รับการทำประกันชีวิต

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

## 7. ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้รับผิดชอบการทำงานประกันภัย สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานการแพทย์ กทม.

- 7.1 แจ้งเรื่องการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่ผู้ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(โดยสมัครใจ)ถึงหน่วยปฏิบัติการแม่ข่ายและลูกข่ายEMS./ แจ้งต้นสังกัด/หัวหน้าชุดปฏิบัติการ EMS.ในพื้นที่ /อบท./มูลนิธิ
- 7.2 หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัดสอบถามผู้ปฏิบัติการที่สมัครใจทำประกันภัย/กรอกใบสมัครพร้อมแบบหลักฐาน(สำเนาบัตรประชาชน)
- 7.3 หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัด รวบรวมใบสมัคร/หลักฐานการสมัคร/เงินค่าสมัคร และจัดทำรายชื่อผู้สมัคร โดยจัดทำหนังสือนำส่งเอกสารการสมัครจากหัวหน้าหน่วยงาน (เพื่อเป็นการยืนยันว่าบุคคลที่ส่งใบสมัครนั้นเป็นผู้ปฏิบัติงานและครอบครัวของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน) ต่อ สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานการแพทย์ กทม.
- 7.4 สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักงานการแพทย์ กทม. จัดทำรายชื่อผู้สมัครของจังหวัด เป็น excel file โดยตั้งชื่อดังนี้ จังหวัดวันเดือนปี ที่คุ้มครอง ตัวอย่าง นนทบุรี 01102558 (วันที่คุ้มครอง 1 ตุลาคม 2559)
- 7.5 ส่งข้อมูลรายชื่อผู้สมัครทำประกันชีวิต (excel file) พร้อมสำเนาใบการโอนเงิน ไปยัง mail: sukanyas@dhipaya.co.th และ kongkhwan.c@niems.go.th ( ภายใน วันที่ 30 กันยายน 2559 ) หรือ Fax สำเนาใบโอนเงินค่าเบี้ยแล้ว โดยแจ้งชื่อและสถานที่ปฏิบัติงานของผู้โอนไปที่ คุณสุกัญญา สิทธิชอบธรรม Fax. 02-239-2049 ต่อ 2931 หรือ คุณสุวรรณา ต้นจรรยา Fax. 02-239-2049 ต่อ 2168 บริษัททิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
- 7.6 บริษัททิพยประกันภัย จำกัด ตรวจสอบข้อมูลและออกกรมธรรม์ความคุ้มครองส่งให้สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด

## 8. วิธีในการชำระเงิน

- 8.1 ผู้ที่สมัครใจทำประกันภัยชำระเงินที่หน่วยปฏิบัติการแม่ข่าย/ลูกข่ายEMS./ ต้นสังกัด
- 8.2 หน่วยปฏิบัติการแม่ข่าย/ลูกข่ายEMS./ ต้นสังกัด/หัวหน้าชุดปฏิบัติการEMS.ในพื้นที่เป็นผู้รวบรวมในสมัครและเงินส่งที่สำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด
- 8.3 สสจ.โอนเงินค่าทำประกันเข้าบัญชี บริษัททิพยประกันภัย จำกัด ธนาคารกรุงไทย จำกัด เลขที่บัญชี 056-1-05949-7 บัญชีประเภทออมทรัพย์ สาขาอโศก-ดินแดง
- 8.4 ส่งสำเนาการโอนเงิน พร้อมข้อมูลรายชื่อผู้สมัครทำประกัน excel file ไปยัง mail: kongkhwan.c@niems.go.th และ sukanyas@dhipaya.co.th (ภายในวันที่ 30 กันยายน 2559 ) หรือ Fax สำเนาใบโอนเงินค่าเบี้ยแล้ว โดยแจ้งชื่อและสถานที่ปฏิบัติงาน ของผู้โอนไปที่ สุวรรณา ต้นจรรยา หรือคุณสุกัญญา สิทธิชอบธรรม Fax. 02-239-2049 ต่อ 2931 บริษัททิพยประกันภัย จำกัด มหาชน ออกใบกรมธรรม์ส่งให้ สสจ.

10. ระยะเวลาในการดำเนินการ

รอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2559

รอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2560

11. ระยะเวลาการคุ้มครอง 1 ปีนับจากวันออกกรมธรรม์

รอบที่ 1 เริ่มคุ้มครอง 1 ตุลาคม 2559

รอบที่ 2 เริ่มคุ้มครอง 1 มีนาคม 2560

หมายเหตุ ความคุ้มครองเกิดต่อเมื่อมีการส่งรายชื่อและชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยผ่านธนาคารแล้วเท่านั้น

12. การยื่นแบบขอสินไหมทดแทน กรณีผู้เอาประกันเสียชีวิต

1. ผู้รับผลประโยชน์ หรือ หน่วยปฏิบัติการแม่ข่ายและลูกข่ายEMS. ยื่นแบบคำขอสินไหมทดแทน พร้อมเอกสาร เอกสารกรณีเสียชีวิต กรอกแบบเรียกเรื่อง 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) ฝ่ายธุรกิจภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ ที่ตั้ง 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

กรณีแจ้งขอสินไหมทดแทน ติดต่อเจ้าหน้าที่ของบริษัททิพยประกันภัยจำกัด (มหาชน)

ผู้ประสานสำนักงานใหญ่

1. คุณสุกัญญา สิทธิชอบธรรม โทร. 02-239-2931, 081-839-4063

โทรสาร 02-239-2049 ต่อ 2931 Email: sukanyas@dhipaya.co.th

2. คุณสุวรรณา ตันจรูญ โทร.02-239-2168, 081-837-5293

โทรสาร 02-239-2049 ต่อ 2168 Email: suwannat@dhipaya.co.th

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 บุญรักษ์	085 226 1669
		นางกรรองกาญจน์ บุญใจใหญ่	085-487-1669
		นางสาวชนิษฐา ภูสีมุงคุณ	080 781 1669
		นางสาวกิตติมา ยุทธสารประสิทธิ์	087 021 1669
		นางสาวณญาดา เพือกขำ	084 342 1669
	2	นายศิริชัย นิมมา	085 231 1669
		นางสินีนุช ชัยสิทธิ์	081 819 1669
	3	นางสาวเทียมจันทร์ ฉัตรชัยกนันท์	085 489 1669
		นางชนิดชนก สุวคนธ์	085 254 1669
	ภาคกลาง	4	นางจิรวดี เทพเกษตรกุล
นางนฤมล พาพพิลา			087 108 1669
ดร.ปวีณ นราเมธกุล			081 173 1669
5		นางวนิชยา ทองแนบ	081 783 1669
		นายวัฒนา ทองเอี้ย	089 897 1669
		นายบรรณรักษ์ สมองคุณ	087 114 1669
		นางสาวพรธิดา แยมพยนต์	080 783 1669
6		นายภาทร นิมนุช	081 835 1669
		นางพัชรี รมที	087 022 1669
		นายชิษณุ เทพไกรวัล	089 052 1669
7	นายรังสรรค์ คูหากาญจน์	081 172 1669	
	นางพรทิพย์ วชิรติลก	081 817 1669	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		นายธีระ ศิริสมุด	084 360 1669
	8	นางธันณ์จิรา ธนาศิริชัชนันท์	085 488 1669
		นายพงษ์พิชญ์ ศรีธรรมมานุสาร	084 906 1669
		นางสาวสุพัตรา กาญจนล่อ	081 918 1669
		นางสาวชฎารัตร์ เกิดเรียน	081 779 1669
	9	นางสาวตริงตา พูลผลอำนวย	089 047 1669
		นายบุญฤทธิ์ เพ็ชรรักษ์	084 378 1669

จังหวัด	ชื่อผู้ประสาน	โทรศัพท์มือถือ
ฉะเชิงเทรา	นางประภาภรณ์ ภัคตีวงษ์	081-5880945
ปราจีนบุรี	นางพัชรีวัลย์ พลธร	081-5503549
นครนายก	นายวิวัฒน์ พวงประเสริฐ	089-8341328
สระแก้ว	นายสมบัติ พึ่งเกษม	081-2950985
นครราชสีมา	นายวีระชน เกลียวกลม	089-2559308
บุรีรัมย์	นางเทียนทอง บุญราษฎร์	081-5475633
สุรินทร์	นางอนงค์ มณีศรี	098-2466919
ศรีสะเกษ	นางสาววະนิดา เปรมทา	089-9485138
อุบลราชธานี	นางสาวอรชร สายสุ้ย	084-8769016
ยโสธร	นางเบญจรัตน์ ผิวเรืองนนท์	085-4176185
ชัยภูมิ	นางนิภาภรณ์ นิรัตน์พงษ์	081-5983872
อำนาจเจริญ	นายคมกฤษณ์ สุขไชย	080-4711669
บึงกาฬ	นายเศรษฐพงศ์ พิมพ์ภาค	084-9546585
หนองบัวลำภู	นางอ่อนจันทร์ สมบัติใหม่	088-5610280
ขอนแก่น	นางสาวเทวารักษ์ ภูครองนาค	091-0532882
อุดรธานี	นางเจนจิรา สตรา วงศ์ประทุม	081-2611616
เลย	นายกิตติเดช ศรีสุวรรณ	083-5621669
หนองคาย	นายมนตรี ดิษฐสร้อย	084-5115654
มหาสารคาม	นางเกษศิริจันทร์ ไชยลาภ	081- 9647879
ร้อยเอ็ด	นางสุภาภรณ์ ทัดนพงศ์	081-7683404
กาฬสินธุ์	นางสงวนนุช โนนศรีชัย	084-428 4557
สกลนคร	นางวิจิตรา สุจริตพงษ์	081-1174098
นครพนม	นางประดับดาว ไพศาลสิงห์	087-0035599
มุกดาหาร	น.ส.ชลธิชา นิลภา	083-1442082
เชียงใหม่	นางสาวธีรวรรณ สิงห์ใส	089-2624616
ลำพูน	นางจรรยาพร ธรรมน้อย	086 - 1973535
ลำปาง	นางสาวจันทร์ชนก กิตติจันทโรภาส	085-5272227
อุตรดิตถ์	นายสมถวิล แพรขาว	081-9622286
แพร่	นางรำจวน คูหา	085 036 0034
น่าน	นางสาวจรียา อินตา	089-7595945
พะเยา	นางพัฒนาการ ผลสุภักษ์	089-9559751
เชียงราย	นางเรื่อนทอง ใหม่อรินทร์	086-1922871
แม่ฮ่องสอน	นางสาวเปรมใจ หน่อแก้ว	081-5303705

14. รายชื่อผู้ประสานการทำประกัน

ผู้รับผิดชอบโครงการ การทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

นางสาวคงขวัญ จันทร์แก้ว ผู้จัดการงานสวัสดิการ

โทร. 087 099 1669

E-mail: Kongkhwan.c@niems.go.th

ผู้ประสานสำนักงานใหญ่ บริษัทพิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

คุณกฤตยา สัจจงพรรค ที่ปรึกษาโครงการ

โทร. 081 171 3100

E-mail : E21mon@yahoo.com

ผู้ประสานงานฝ่ายการตลาด บริษัทพิพยประกันภัยจำกัด

1. คุณสุกัญญา สิทธิชอบธรรม โทร. 02-239-2931, 081-839-4063 โทรสาร 02-239-2049 ต่อ 2931 Email: sukanyas@dhipaya.co.th

2. คุณสุวรรณา ต้นจรรยา โทร.02-239-2168, 081-837-5293 โทรสาร 02-239-2049 ต่อ 2168 Email: suwannat@dhipaya.co.th

ผู้ประสานงานฝ่ายสินไหม บริษัทพิพยประกันภัย จำกัด

1. คุณสุวรรณี คำเกิงลักษณ์ โทร.02-239-2200 ต่อ 2840 Email :suwanneed@dhipaya.co.th

2. คุณสุกัญญา เฉลิมชัยวัย โทร.02-239-2200 ต่อ 2413 Email : sukanyac@dhipaya.co.th

3. คุณจิราภา ไชยศรี โทร.02-239-2200 ต่อ 2086 Email : jirapac@dhipaya.co.th

4. คุณมะยूरี่ สวานสกุล โทร.02-239-2200 ต่อ 2087 Email : mayurees@dhipaya.co.th



# 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) Sex <input type="checkbox"/> หญิง (F)	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			
ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุระหว่างการเดินทางโปรดระบุพาหนะ (รถไฟ,รถประจำทาง,สายการบิน,เลขหมายเที่ยวบิน ฯลฯ) Exact Conveyance (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.	
ในกรณีที่มีการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล/สถานพยาบาลอื่น โปรดระบุ		ต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาล/สถานพยาบาล Confined to Hospital	
		จากวันที่ From	ถึงวันที่ To
หนังสือยินยอม ข้าพเจ้าขออนุญาตให้ โรงพยาบาลนายแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจ และรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนจนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติการแพทย์ การปรึกษา โยคีโยคะ หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือการแพทย์ของข้าพเจ้าได้-อนึ่ง-สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ให้ถือว่าบุคคลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ		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) ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล(ต้นฉบับ)		Documents Required Medical report (Original) Medical expenses invoice (Original)	





## คู่มือการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ปี 2559

---

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ร่วมกับ

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

## คู่มือรายละเอียดการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม ปี 2559

### 1. หลักการและเหตุผล

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สามารถรักษาชีวิตของประชาชนยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในการช่วยเหลือทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุในระยะแรก เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีความสุขเสีย่น้อยที่สุด ซึ่งจะส่งผลทำให้ภาระและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลลดลง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงให้ความสำคัญ และมีนโยบายที่ชัดเจน ในการสนับสนุนทั้งด้านการบริหารจัดการ การสนับสนุนงบประมาณ การกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด ให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในทุกระดับเอาจริงเอาจังในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญคือผู้ปฏิบัติงานด้านนี้มีน้อยมาก และที่มีอยู่ก็มีภาระงานที่มาก ขณะที่ปัจจุบันงบประมาณที่ได้รับกลับลดลงส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มให้ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเริ่มจัดทำตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติหน้าที่ ตลอดจนครอบครัวของผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้เกิดความอุ่นใจ และยังคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจของคนที่วิชาชีพที่สามารถเป็นที่พึ่งของสังคม ซึ่งการประกันภัยฯในปี 2558 ได้เริ่มความคุ้มครอง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 และจะหมดอายุความคุ้มครองใน เดือนตุลาคม 2559 นั้น

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงพิจารณาทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่ผู้ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นปีที่ 8 ทั้งนี้บริษัททิพยประกันภัยจำกัด (มหาชน) ได้รับการคัดเลือกให้เป็นบริษัทที่เข้าร่วมโครงการร่วมสร้างกำลังใจให้คนวิชาชีพในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

### 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
- บุคคลที่ช่วยปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, นพ.สสจ., หรือ ผอ. รพ. เห็นควรได้รับการทำประกันชีวิต
- ญาติสายตรง ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่ น้อง (อายุไม่ต่ำกว่า 5 ปี และไม่เกิน 70 ปี) ของผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแล้ว

หมายเหตุ ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถสอบถามข้อมูลจากผู้ประสานและ  
สนับสนุนการนิเทศงานการแพทย์ฉุกเฉิน(ผู้ประสานงานเขต)

#### 4. ค่าเบี้ยประกันภัย

ทุนประกันภัยต่อคน 200,000 บาท (สองแสนบาทถ้วน)

ค่าเบี้ยประกันภัยผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

- ผู้เอาประกันภัย อายุ 5-60 ปี จ่าย 120 บาท/คน/ปี
- ผู้เอาประกันภัย อายุ มากกว่า 60 – 70 ปี จ่าย 320 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

ผู้เอาประกันภัยจะได้รับความคุ้มครองตามที่ปรากฏในกรมธรรม์ประกันภัย (อบ.2)

5.3 การคุ้มครองนอกเหนือกรมธรรม์

5.3.1 ให้ความคุ้มครองตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก สำหรับความสูญเสีย หรือ เสียหาย

อันเกิดจากการบาดเจ็บซึ่งเกิดจากปัจจัยภายนอกร่างกายของผู้เอาประกันภัยโดยอุบัติเหตุและ  
ทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้

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

5.3.2 ให้ความคุ้มครองในกรณี

1. การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์ (กรณีเสียชีวิตคุ้มครอง 50%ของทุน  
ประกันภัย)
2. การถูกฆ่าหรือถูกทำร้ายร่างกาย
3. การจลาจล การนัดหยุดงาน
4. ขณะกำลังขึ้น – ลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อ  
บรรทุกผู้โดยสารและมีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์
5. ค่าปลงศพและค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ 10,000 บาท

#### 6. เอกสารประกอบการสมัคร

6.1 ใบสมัครการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

6.2 สำเนาบัตรประชาชนที่สามารถมองเห็นเลขประจำตัวประชาชนชัดเจน

## 7. ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้รับผิดชอบการทำงานประกันภัย สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักการแพทย์ กทม.

- 7.1 แจ้งเรื่องการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่ผู้ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(โดยสมัครใจ)ถึงหน่วยปฏิบัติการแม่ข่ายและลูกข่ายEMS./ แจ้งต้นสังกัด/หัวหน้าชุดปฏิบัติการ EMS.ในพื้นที่ /อบท./มูลนิธิ
- 7.2 หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัดสอบถามผู้ปฏิบัติการที่สมัครใจทำประกันภัย/กรอกใบสมัครพร้อมแนบหลักฐาน(สำเนาบัตรประชาชน)
- 7.3 หน่วยปฏิบัติการต้นสังกัด รวบรวมใบสมัคร/หลักฐานการสมัคร/เงินค่าสมัคร และจัดทำรายชื่อผู้สมัคร โดยจัดทำหนังสือนำเสนอเอกสารการสมัครจากหัวหน้าหน่วยงาน (เพื่อเป็นการยืนยันว่าบุคคลที่ส่งใบสมัครนั้นเป็นผู้ปฏิบัติงานและครอบครัวของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน) ต่อ สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักการแพทย์ กทม.
- 7.4 สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด/สำนักการแพทย์ กทม. จัดทำรายชื่อผู้สมัครของจังหวัด เป็น excel file โดยตั้งชื่อดังนี้ จังหวัดวันเดือนปี ที่คุ้มครอง ตัวอย่าง นนทบุรี 01102558 (วันที่คุ้มครอง 1 ตุลาคม 2559)
- 7.5 ส่งข้อมูลรายชื่อผู้สมัครทำประกันชีวิต (excel file) พร้อมสำเนาใบการโอนเงิน ไปยัง mail: sukanyas@dhipayaya.co.th และ kongkhwan.c@niems.go.th (ภายในวันที่ 30 กันยายน 2559 ) หรือ Fax สำเนาใบโอนเงินค่าเบี้ยแล้ว โดยแจ้งชื่อและสถานที่ปฏิบัติงานของผู้โอนไปที่ คุณสุกัญญา สิทธิชอบธรรม Fax. 02-239-2049 ต่อ 2931 หรือ คุณสุวรรณา ต้นจรรยา Fax. 02-239-2049 ต่อ 2168 บริษัททิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
- 7.6 บริษัททิพยประกันภัย จำกัด ตรวจสอบข้อมูลและออกกรมธรรม์ความคุ้มครองส่งให้สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด

## 8. วิธีในการชำระเงิน

- 8.1 ผู้ที่สมัครใจทำประกันภัยชำระเงินที่หน่วยปฏิบัติการแม่ข่าย/ลูกข่ายEMS./ ต้นสังกัด
- 8.2 หน่วยปฏิบัติการแม่ข่าย/ลูกข่ายEMS./ ต้นสังกัด/หัวหน้าชุดปฏิบัติการEMS.ในพื้นที่เป็นผู้รวบรวมใบสมัครและเงินส่งที่สำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด
- 8.3 สสจ.โอนเงินค่าทำประกันเข้าบัญชี บริษัททิพยประกันภัย จำกัด ธนาคารกรุงไทย จำกัด เลขที่บัญชี 056-1-05949-7 บัญชีประเภทออมทรัพย์ สาขาอโศก-ดินแดง
- 8.4 ส่งสำเนากาการโอนเงิน พร้อมข้อมูลรายชื่อผู้สมัครทำประกัน excel file ไปยัง mail: kongkhwan.c@niems.go.th และ sukanyas@dhipayaya.co.th (ภายในวันที่ 30 กันยายน 2559 ) หรือ Fax สำเนาใบโอนเงินค่าเบี้ยแล้ว โดยแจ้งชื่อและสถานที่ปฏิบัติงาน ของผู้โอนไปที่ สุวรรณา ต้นจรรยา หรือคุณสุกัญญา สิทธิชอบธรรม Fax. 02-239-2049 ต่อ 2931 บริษัททิพยประกันภัย จำกัด มหาชน ออกใบกรมธรรม์ส่งให้ สสจ.

## 8.5 ค่าธรรมเนียมในการโอนเงินของธนาคารกรุงไทยข้ามจังหวัด

- ค่าธรรมเนียมขอโอนรายการละ 20 บาท
- อัตราค่าธรรมเนียมละ 10,000 บาทละ 10 บาท ส่วนเกินคิดตามตัวเลขหลักพัน

## 9. หลักเกณฑ์การเบิกค่าดำเนินการ

9.1 บริษัททิพยประกันภัย จำกัด สนับสนุนค่าดำเนินการในการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม รายละ 10 บาท

9.2 สำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด สามารถหักค่าดำเนินการได้จากค่าเบี้ยประกันภัยนำส่งจากส่วนของผู้ประกันภัย รายละ 10 บาท

### 9.2.1 หน้าที่ของผู้รับทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

1. ประสานเรื่องการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่ผู้ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(โดยสมัครใจ)ถึงหน่วยปฏิบัติการแม่ข่ายและลูกข่ายEMS./ แจ้งต้นสังกัด/ หัวหน้าชุดปฏิบัติการEMS.ในพื้นที่
2. รวบรวมใบสมัคร หลักฐาน(สำเนาบัตรประชาชนที่สามารถมองเห็นเลขประจำตัวประชาชนอย่างชัดเจน) พร้อมเงินค่าสมัคร จากหน่วยปฏิบัติการแม่ข่ายและลูกข่าย EMS./ จากต้นสังกัด/จากหัวหน้าชุดปฏิบัติการEMS.ในพื้นที่
3. จัดทำข้อมูลรายชื่อของผู้สมัครทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มของจังหวัด เป็น excel file ส่งให้ผู้รับผิดชอบการทำประกันของบริษัททิพย จำกัด และ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
4. โอนเงินตามจำนวนผู้ทำประกันให้ บริษัททิพยประกันภัย จำกัด ธนาคารกรุงไทย จำกัด เลขที่บัญชี 056-1-05949-7 บัญชีประเภทออมทรัพย์ สาขาโอศก-ดินแดง พร้อมส่งหลักฐานการโอนเงิน ทาง Mail หรือ Fax. ยืนยันการโอนเงิน ให้กับบริษัททิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
5. จัดทำทะเบียนประวัติผู้ทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม-จัดเก็บไว้ที่ผู้รับผิดชอบของจังหวัด
6. เป็นผู้ประสานการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ติดตามเอกสารประกอบการเรียกร้องแทนผู้รับผลประโยชน์ พร้อมทั้งติดตามการจ่ายเงินค่าชดเชยจาก บริษัททิพยประกันภัย จำกัด

## 10. ระยะเวลาในการดำเนินการ

รอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2559

รอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2560

## 11. ระยะเวลาการคุ้มครอง 1 ปีนับจากวันออกกรมธรรม์

รอบที่ 1 เริ่มคุ้มครอง 1 ตุลาคม 2559

รอบที่ 2 เริ่มคุ้มครอง 1 มีนาคม 2560

หมายเหตุ ความคุ้มครองเกิดต่อเมื่อมีการส่งรายชื่อและชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยผ่านธนาคารแล้วเท่านั้น

## 12. การยื่นแบบขอสินไหมทดแทน กรณีผู้เอาประกันเสียชีวิต

1. ผู้รับผลประโยชน์ หรือ หน่วยปฏิบัติการแม่ข่ายและลูกข่ายEMS. ยื่นแบบคำขอสินไหมทดแทน พร้อมเอกสาร เอกสารกรณีเสียชีวิต กรอกแบบเรียกร้อง ใบมรณะบัตร ใบชั้นสูตรพลิกศพ หรือ หนังสือรับรองการตาย บันทึกประจำวันจากตำรวจ ทะเบียนบ้าน บัตรประชาชน ผู้เสียชีวิต และ ผู้รับประโยชน์หนังสือนำส่งจากหน่วยงาน ใบรับรองแพทย์ ณ สำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด (สสจ./รพศ./รพท.)
2. ผู้รับผิดชอบการทำประกันภัย สำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด (สสจ./รพศ./รพท.) ยื่นขอสินไหมทดแทนกับบริษัทพิพประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายธุรกิจภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ ที่ตั้ง 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

กรณีแจ้งขอสินไหมทดแทน ติดต่อเจ้าหน้าที่ของบริษัทพิพประกันภัยจำกัด (มหาชน)

ผู้ประสานสำนักงานใหญ่

1. คุณสุกัญญา สิทธิชอบธรรม โทร. 02-239-2931, 081-839-4063

โทรสาร 02-239-2049 ต่อ 2931 Email: sukanyas@dhipayaya.co.th

2. คุณสุวรรณา ต้นจรรยา โทร.02-239-2168, 081-837-5293

โทรสาร 02-239-2049 ต่อ 2168 Email: suwannat@dhipayaya.co.th

ลำดับที่	บริษัทพิพยประกันภัย (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	สาขาตรัง	0-7559-0494-7

3. และส่งสำเนาฉบับการขอสินไหมทดแทนมาที่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.) 88/40 หมู่ที่ 4 อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 84 พรรษา สาธารณสุขชอย 6 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
4. บริษัทพิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) แจ้ง/นัด การจ่ายเงิน ให้สำนักบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด (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 บุญรักษ์	085 226 1669
		นางกรรณกาญจน์ บุญใจใหญ่	085-487-1669
		นางสาวชนิษฐา ภูสีมุงคุณ	080 781 1669
		นางสาวกิตติมา ยุทธสารประสิทธิ์	087 021 1669
		นางสาวณญาดา เผือกขำ	084 342 1669
	2	นายศิริชัย นิมมา	085 231 1669
		นางสินุช ชัยสิทธิ์	081 819 1669
	3	นางสาวเทียมจันทร์ ฉัตรชัยกนันท	085 489 1669
		นางชิตชนก สุวคนธ์	085 254 1669
	ภาคกลาง	4	นางจิรวดี เทพเกษตรกุล
นางนฤมล พาพพิลา			087 108 1669
ดร.ปวีณ นราเมธกุล			081 173 1669
5		นางวนิชยา ทองแนบ	081 783 1669
		นายวัฒนา ทองเอี้ย	089 897 1669
		นายบรรณรักษ์ สมองคุณ	087 114 1669
		นางสาวพรธิดา แยมพยนต์	080 783 1669
6		นายภาทร นิมนุช	081 835 1669
		นางพัชรี รัตน์	087 022 1669
		นายชิษณุ เทพไกรวัล	089 052 1669
	7	นายรังสรรค์ คูหากาญจน์	081 172 1669
		นางพรทิพย์ วชิรดิถ	081 817 1669
			นายธีระ ศิริสมุด
ภาคตะวันออก	8	นางธันณ์จิรา ธนาศิริชันทน์	085 488 1669
		นายพงษ์พิชญ์ ศรีธรรมานุสาร	084 906 1669
		นางสาวสุพัตรา กาญจนลออ	081 918 1669
		นางสาวชฎารัตร์ เกิดเรียน	081 779 1669
	9	นางสาวตริงตา พูลผลอำนวย	089 047 1669
		นายบุญฤทธิ์ เพ็ชรรักษ์	084 378 1669



พื้นที่	เขต	ผู้ประสานงาน	เบอร์โทรศัพท์
	10	นางสาวสุพัตรา ลีเลิศ	086 715 7230
		นางสาวนวนันท์ กิจทวี	080 623 1669
		นายวสัน เวียนเสี้ยว	089 050 1669
		นางสาวพรรณทิพา จิตอุ้น	085 482 1669
ภาคใต้	11	นายเกียรติคุณ เผ่าทรงฤทธิ	081 907 1669
		น.ส.สุพิชญา ศิลสารรุ่งเรือง	084 874 1669
		นายบัณฑิต พิระพันธ์	085 237 1669
		นางสาวคันสนา ลิ้มปาภรณ์	093 584 1669
	นางสาวชนนิกันต์ สิงห์พยัคฆ์	081 814 1669	
	12	นายสุวภัทร อภิภูยานนท์	081 832 1669
		นางสาวอรุรา สุวรรณรักษ์	085 238 1669
		นางสุนิสา สุวรรณรักษ์	089 206 1669
นายศิวพล อนันตสิทธิ์		081 840 1669	

13. รายชื่อผู้รับผิดชอบการทำประกันภัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

จังหวัด	ชื่อผู้ประสาน	โทรศัพท์มือถือ
กรุงเทพมหานคร	นายทะเบียนตรี สายมัน	081-1811129
สมุทรปราการ	นางนิชดา พงษ์แย้ม	086-522-9770
นนทบุรี	นางบรรจง หนูแก้ว	089-5342712
ปทุมธานี	นางสาวเพ็ญไพสิฐ จันทร์อยู่	081-7827311
พระนครศรีอยุธยา	นางลัดดา โฆษิตสุรังคกุล	081-9310416
อ่างทอง	นางวนิดา เทียงตรง	086-8131669
ลพบุรี	นางบังอร นัดนะรา	081-9267966
สิงห์บุรี	นางสมใจ มานะกรโกวิท	089-5223945
ชัยนาท	นางมาลี มีโต	086-7594056
สระบุรี	จ.อ.สมบัติ โล่ห์เงิน	086-5197570
ชลบุรี	นางอารีณัฐ ศิริวรรณ	081-8651446
ระยอง	นางอารยา ผ่องแผ้ว	089-4051669
จันทบุรี	นางสุภาพร ฤทธิโสม	089-8317173
ตราด	นายพิบูลย์ รองศิริคง	085-0911669

จังหวัด	ชื่อผู้ประสาน	โทรศัพท์มือถือ
ฉะเชิงเทรา	นางประภาภรณ์ ภัคติวงษ์	081-5880945
ปราจีนบุรี	นางพัชนีวัลย์ พลธร	081-5503549
นครนายก	นายวิวัฒน์ พวงประเสริฐ	089-8341328
สระแก้ว	นายสมบัติ พึ่งเกษม	081-2950985
นครราชสีมา	นายวีระชน เกตุยวกลม	089-2559308
บุรีรัมย์	นางเทียนทอง บุญยรางกูร	081-5475633
สุรินทร์	นางอนงค์ มณีศรี	098-2466919
ศรีสะเกษ	นางสาวระนิตา เปรมทา	089-9485138
อุบลราชธานี	นางสาวอรชร สายสุ้ย	084-8769016
ยโสธร	นางเบญจรัตน์ ผิวเรืองนนท์	085-4176185
ชัยภูมิ	นางนิภาภรณ์ นิรัตน์พงษ์	081-5983872
อำนาจเจริญ	นายคมกฤษณ์ สุขไชย	080-4711669
บึงกาฬ	นายเศรษฐพงศ์ พิมพิภาค	084-9546585
หนองบัวลำภู	นางอ่อนจันทร์ สมบัติใหม่	088-5610280
ขอนแก่น	นางสาวเทวารักษ์ ภูครองนาค	091-0532882
อุดรธานี	นางเจนจิราศตรา วงศ์ประทุม	081-2611616
เลย	นายกิตติเดช ศรีสุวรรณ	083-5621669
หนองคาย	นายมนตรี ดิษฐสร้อย	084-5115654
มหาสารคาม	นางเกษศิริรินทร์ ไชยลาภ	081- 9647879
ร้อยเอ็ด	นางสุภาภรณ์ ทศนพงศ์	081-7683404
กาฬสินธุ์	นางสาจนงนุช โนนศรีชัย	084-428 4557
สกลนคร	นางวิจิตรา สุจริตพงษ์	081-1174098
นครพนม	นางประดับดาว ไพศาลสิงห์	087-0035599
มุกดาหาร	น.ส.ชลธิชา นิลภา	083-1442082
เชียงใหม่	นางสาวธีรวรรณ สิงห์ใส	089-2624616
ลำพูน	นางจรรยาพร ธรรมน้อย	086 - 1973535
ลำปาง	นางสาวจันทร์ชนก กิตติจันทโรภาส	085-5272227
อุดรดิตถ์	นายสมถวิล แพรขาว	081-9622286
แพร่	นางร่าจวน คูหา	085 036 0034
น่าน	นางสาวจริยา อินตา	089-7595945
พะเยา	นางพัฒนาการ ผลศุภรักษ์	089-9559751
เชียงราย	นางเรือนทอง ไหม่อารินทร์	086-1922871
แม่ฮ่องสอน	นางสาวเปรมใจ หน่อแก้ว	081-5303705

จังหวัด	ชื่อผู้ประสาน	โทรศัพท์มือถือ
นครสวรรค์	นางวรรณ์ฐนัน พันธจักร	081-786-0100
อุทัยธานี	นางนพวรรณ นวกุล	081-7862922
กำแพงเพชร	นายณัฐพงศ์ วิมานสาร	089-5361669
ตาก	นางชมพูนุท รัตนวิชัย	089-9583779
สุโขทัย	คุณยลฤทัย ภู่อรุณ	081-6750096
พิษณุโลก	คุณทิวาพร สุภาพ	081-9736478
พิจิตร	นางจิรพรรณ คุ่มคุณ	086-9305175
เพชรบูรณ์	นางไพลิน สีสัตย์เชื้อ	085-8722095
ราชบุรี	นางสุรภา ขุนทองแก้ว	086-3358208
กาญจนบุรี	นางสาวชลิดา ถนอมวงษ์	081-7367230, 084-8829006
สุพรรณบุรี	นางสุมัญญา ทรัพย์เขียวชาญ	086-6083720
นครปฐม	นางสาวปราณี ตั้งจรรย์พัฒนชัย	081-9958267
สมุทรสงคราม	นางสาวทฤตมณ ทองเรือง	086-6173589
สมุทรสาคร	นางจิตติมา จิระชีวี	086-7678710
เพชรบุรี	นายอนุชา ปิ่นเพชร	086-5756969
ประจวบคีรีขันธ์	นายสุทธิ วิเชียรฉาย	095-7530357
นครศรีธรรมราช	นายอนันต์ รอดสัน	084-1827798
กระบี่	คุณศรีญญา โชคไพศาล	089-4745112
พังงา	นางสาวธีรารัตน์ พิษเกิด	080-1461675
ภูเก็ต	นางสาวสิทธิมนต์ ชูเงิน	080-5243453
สุราษฎร์ธานี	นายสุรพงษ์ ลาดศิลป์	086-687-7899
ระนอง	นางสาวภาวดี ศิริคง	080-522-2799
ชุมพร	นายศรชัย เพ็ชรเวช	086-7435945
สงขลา	นายประสิทธิ์ งามสกุล	089-7396910
สตูล	นางกมลรัตน์ ขาวแก้ว	087-2801396
ตรัง	นายศุภชาติ เขมวดีพงษ์	087-3821669
พัทลุง	นายเจริญ ปราบปรี	089-8696052
ปัตตานี	นายสมยศ อินทรสุวรรณ	089-7344877
ยะลา	นายจิรายุวัฒน์ ชัยพานิชยกุล	089-4634249
นราธิวาส	นายสุวัฒน์ เสาร์พูล	089-1192528
สพฉ.	นางสาวคงขวัญ จันทร์แก้ว	087-0991669

14. รายชื่อผู้ประสานการทำประกัน

ผู้รับผิดชอบโครงการ การทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

นางสาวคงขวัญ จันทร์แก้ว ผู้จัดการงานสวัสดิการ

โทร. 087 099 1669

E-mail: Kongkwan.c@niems.go.th

ผู้ประสานสำนักงานใหญ่ บริษัทพิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

คุณกฤตยา สัจจงศร ที่ปรึกษาโครงการ

โทร. 081 171 3100

E-mail : E21mon@yahoo.com

ผู้ประสานงานฝ่ายการตลาด บริษัทพิพยประกันภัยจำกัด

1. คุณสุกัญญา สิทธิชอบธรรม โทร. 02-239-2931, 081-839-4063 โทรสาร 02-239-2049 ต่อ 2931 Email: sukanyas@dhipaya.co.th

2. คุณสุวรรณา ตันจรรุญ โทร.02-239-2168, 081-837-5293 โทรสาร 02-239-2049 ต่อ 2168 Email: suwannat@dhipaya.co.th

ผู้ประสานงานฝ่ายสินไหม บริษัทพิพยประกันภัย จำกัด

1. คุณสุวรรณี คำเกิงลักษณ์ โทร.02-239-2200 ต่อ 2840 Email :suwanneed@dhipaya.co.th

2. คุณสุกัญญา เฉลิมชัยวัย โทร.02-239-2200 ต่อ 2413 Email : sukanyac@dhipaya.co.th

3. คุณจิราภา ไชยศรี โทร.02-239-2200 ต่อ 2086 Email : jirapac@dhipaya.co.th

4. คุณมะยูรี สวนสกุล โทร.02-239-2200 ต่อ 2087 Email : mayurees@dhipaya.co.th

# ภาคผนวก

---



**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

**แบบเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุส่วนบุคคล**  
**PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM**

นาม Name		เพศ <input type="checkbox"/> ชาย (M) Sex <input type="checkbox"/> หญิง (F)	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				
ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุระหว่างการเดินทางโปรดระบุพาหนะ (รถไฟ,รถประจำทาง,สายการบิน,เลขหมายเที่ยวบิน ฯลฯ) Exact Conveyance (State Name of Train,Bus,Airline,Flight Number, Etc.)				
ระบอบอาการที่ได้รับบาดเจ็บ Describe Injury				
ชื่อและที่อยู่ของโรงพยาบาล/สถานพยาบาล If hospitalized,give name and address of hospital		ชื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา Attending Doctor		
		บัตรคนไข้เลขที่ Patient Card No.		
ในกรณีที่มีการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล/สถานพยาบาลอื่น โปรดระบุ		ต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาล/สถานพยาบาล Confined to Hospital		
		จากวันที่ From		
		ถึงวันที่ To		
หนังสือยินยอม		Authorization		
ข้าพเจ้าขอยินยอมให้ โรงพยาบาลนายแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจ และรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติการแพทย์ การปรึกษา โยคีโยคะ หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือการแพทย์ของข้าพเจ้าได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ		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) ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล(ต้นฉบับ)		Documents Required Medical report (Original) Medical expenses invoice (Original)		





ใบสมัครประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลโครงการทิพย์ประกันภัย  
ร่วมสร้างกำลังใจให้คนกู้ชีพในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(ครอบครัว)



ครอบครัวนาย / นาง / นางสาว.....เลขบัตรประชาชน 13 หลัก.....  
 หน่วย..... จังหวัด..... เกี่ยวข้องเป็น คู่สมรส / บุตร / บิดา / มารดา / พี่หรือน้อง  
 ชื่อผู้ทำประกันตน นาย / นาง / นางสาว.....นามสกุล.....  
 วัน เดือน ปี เกิด...../...../.....เลขบัตรประชาชน.....(แนบเอกสาร  สำเนาบัตรประชาชน )  
 ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน (อาคาร)..... ชั้น..... ซอย.....  
 ถนน..... แขวง(ตำบล)..... เขต(อำเภอ)..... จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์..... E- mail..... น้ำหนัก..... 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      ลงลายมือชื่อผู้อุปประกันภัย      ลงลายมือชื่อผู้แทน โดยชอบธรรม

คู่แทน     นายหน้าประกันรายนี้.....ใบอนุญาตเลขที่.....

**คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์**  
 ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบสัญญาประกันภัยได้ 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.