

กองทัพยากรบุคคล งานบริหารสวัสดิการและสิทธิประโยชน์

โทร. ๐๒-๘๕๔๙-๖๓๕๑ โทรสาร. ๐๒-๘๕๔๙-๖๒๘๗

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๑๓/ -

วันที่ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

เรื่อง โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายทรัพยากรบุคคล

๑. เพื่อโปรดทราบ

กรณีสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ร่วมกับ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จัดสวัสดิการ “โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา” เพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

๒. เห็นสมควรเวียนแจ้งทุกส่วนงานเพื่อขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ให้กับบุคลากรทราบ (ดังรายละเอียดปรากฏตามเอกสารแนบท้าย) กรณีบุคลากรรายได้ประสงค์ต่ออายุผู้เอาประกันหรือทำประกันอุบัติเหตุดังกล่าว สามารถดำเนินการได้ ๒ กรณี ดังนี้

๒.๑ กรณียื่นใบคำขอเอาประกันโครงการฯ ได้ที่เจ้าหน้าที่ HR ของส่วนงานตนเอง เพื่อให้ส่วนงานรวบรวมจัดส่งบริษัทพร้อมชำระเงินโดยผ่านธนาคารไปรษณีย์ตามวิธีการที่กำหนดในเอกสารแนบท้าย

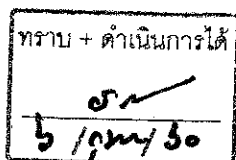
๒.๒ กรณียื่นใบคำขอเอาประกันโครงการฯ พร้อมชำระเงินโดยผ่านธนาคารไปรษณีย์ด้วยตนเอง โดยสามารถดาวน์โหลดแบบใบคำขอเอาประกันโครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ได้ที่ www.otep.go.th หรือติดต่อสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ที่เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๒๒๓๔-๒๑๗๒ หรือ

<http://www.op.mahidol.ac.th/orpr/newhr/money> ติดต่อคุณจุฑาทิพย์ บำรุงสุข กองทัพยากรบุคคล โทร. ๐ ๒๘๕๔-๖๓๕๑

๓. ต้นเรื่องคืนกองทัพยากรบุคคล

กองทัพยากรบุคคล
งานบริหารเอกสารแจ้ง MUSIS แล้ว

๘ ก.พ. ๒๕๖๐



รองศาสตราจารย์นายแพทย์ธัญญ์ สุภัทรพันธุ์
รองอธิการบดีฝ่ายทรัพยากรบุคคล

Amint
ผู้ประสานงาน (ฝ่ายบุคคล)
๘ ก.พ. ๖๐

ผู้อำนวยการกองทัพยากรบุคคล
๘ ก.พ. ๖๐



ที่ ศธ ๕๒๐๖.๑/ 18897

มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขรับ 1618
วันที่ 24 ส.ค. 2560
เวลา 14.01

5.8- กองทรัพยากรบุคคล

สำนักงานคณะกรรมการ สกสค.

๑๒๘/๑ ถนนนครราชสีมา

เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

9 ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

เรียน หัวหน้าสถานศึกษา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. ใบคำขอเข้าร่วมโครงการ
 ๒. เอกสารแนบท้ายความคุ้มครอง
 ๓. โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์โครงการ
 ๔. ใบคำขอเข้าร่วมโครงการ (ฟอร์มเปล่า)

กองทรัพยากรบุคคล
รับที่ ๐1029
วันที่ 24 ส.ค. 2560
เวลา 16.10

จำนวน ๑ ชุด

จำนวน ๑ แผ่น

จำนวน ๑ แผ่น

จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ร่วมกับ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จัดสวัสดิการ “โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา” เพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา และครอบครัว นับต่อเนืองมาตลอด โดยสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล และประสานประโยชน์ให้ครูและบุคลากรทางการศึกษา ผู้เอาประกัน ได้รับการชดเชยค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ ด้วยความถูกต้อง ยุติธรรม และรวดเร็ว นั้น

บัดนี้ กรมธรรม์เดิมที่มีผลคุ้มครองเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ เวลา ๑๒.๐๐ น. และสิ้นสุดวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ เวลา ๑๒.๐๐ น. ใกล้สิ้นสุดลงแล้ว สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. จึงขอความร่วมมือสำนักงาน สกสค. จังหวัด ดำเนินการและขอให้ถือเป็นนโยบายในการปฏิบัติงาน ดังนี้

๑. ประชาสัมพันธ์ให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาในสังกัดทราบโดยทั่วกัน
๒. ตรวจสอบความประสงค์ในการต่ออายุผู้เอาประกันของครู บุคลากรทางการศึกษา คู่สมรส และบุตรที่มีอายุ ๖ ปีขึ้นไป (ถ้ามี) ตามรายชื่อในใบคำขอเอาประกันที่ส่งมาด้วย (๑) และสมาชิกรายใดไม่ประสงค์ต่ออายุให้ขีดฆ่าออกทั้งรายการ สมาชิกรายใดประสงค์เพิ่มหรือลดทุนประกันให้ขีดฆ่าเฉพาะทุนและเบี้ยประกันออก และกรอกทุนพร้อมเบี้ยประกันที่ต้องการแทน
๓. กรณีมีผู้เอาประกันรายใหม่ โปรดกรอกรายละเอียดในใบคำขอเอาประกันให้ครบทุกช่อง ต่อท้ายรายชื่อผู้เอาประกันเดิม
๔. กรมธรรม์มีผลคุ้มครอง เริ่มต้นตั้งแต่วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ เวลา ๑๒.๐๐ น. และสิ้นสุดวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เวลา ๑๒.๐๐ น.
๕. ส่งใบคำขอเอาประกันต้นฉบับ ที่ชำระเงินค่าเบี้ยประกันผ่านเคาน์เตอร์ไปรษณีย์ พร้อมแนบใบเสร็จรับเงินและใบคำขอเอาประกัน ไปยัง บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ ๑๑๑ ถนนพระราม ๓ แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ ๑๐๑๒๐ โดยระบุมุมของจดหมาย “โครงการประกันอุบัติเหตุ” ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐

กรณีที่ส่งใบคำขอเอาประกันพร้อมเงินค่าเบี้ยประกันภายหลังวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ จะถือวันเริ่มต้นการคุ้มครองตามวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ

/ ๖. บริษัท...

๖. บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะจัดส่งบัตรประจำตัวผู้เอาประกันเป็นรายบุคคล ภายใน ๓๐ วัน ไปยังสถานศึกษา หรือหน่วยงานของผู้เอาประกัน แล้วแต่กรณี

๗. รายละเอียดความคุ้มครอง ข้อยกเว้นและการจ่ายค่าสินไหมทดแทนของโครงการฯ ปรากฏอยู่ ด้านหลังใบคำขอเอาประกันตามที่ส่งมาด้วย (๑)

๘. จำนวนทุนประกัน อัตราค่าเบี้ยประกันต่อปี ค่าดำเนินการที่หักไว้และค่าเบี้ยประกันที่ต้อง นำส่งบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ดังนี้

ที่	ทุนประกัน (บาท)	ผู้เอาประกัน จ่ายต่อปี/บาท	หน่วยงาน หักค่าดำเนินการไว้ (บาท)	นำส่งบริษัท (บาท)
๑.	๓๐๐,๐๐๐	๓๑๕	๑๕	๓๐๐
๒.	๕๐๐,๐๐๐	๕๒๕	๒๕	๕๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอความอนุเคราะห์ โดยประสานงานกับสำนักงาน สกสศ. จังหวัด ในการดำเนินการด้วย จะขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิษณุ ตูลสุข)

ผู้ตรวจราชการกระทรวง รักษาการแทน
รองปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปฏิบัติหน้าที่
เลขาธิการคณะกรรมการ สกสศ.

กลุ่มส่งเสริมสวัสดิการ
สำนักสวัสดิการครู
โทร./โทรสาร ๐ ๒๒๘๐ ๒๙๐๖

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

ความคุ้มครอง ฯลฯ (โปรดดูรายละเอียดหน้าขวามือ)

ระยะเวลาประกัน

เริ่มต้น เมื่อบริษัทฯ ได้รับใบสมัครนี้พร้อมค่าเบี้ยประกันถูกต้องตามหลักเกณฑ์ภายในวันที่ 31 มีนาคม โดยถือตราประทับของไปรษณีย์เป็นสำคัญ

สิ้นสุด วันที่ 20 กุมภาพันธ์ เวลา 12.00 น.

เบี้ยประกันตามระยะเวลาเอาประกันภัย

ทุนประกันภัย	เบี้ยประกันภัยต่อปี
ก. 300,000.- บาท	315. บาท
ข. 500,000.- บาท	525. บาท

คุณสมบัติผู้เอาประกัน

1. เป็นครูและบุคลากรทางการศึกษา หรือเป็นคู่สมรส หรือผู้เอาประกันที่ขอต่ออายุการเอาประกันที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี และยังสามารถต่ออายุกรมธรรม์ได้ถึง 65 ปี
2. บุตรของครูและบุคลากร ที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป สามารถทำประกันภัยทุน 300,000 บาท เบี้ยประกันภัย 315 บาท

ผู้รับประกัน บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) Tel. 0-2239-2172, 0-2239-2006, 0-2239-2934

Fax. 0-2239-2049 ต่อ 2006

ผู้ดูแลผลประโยชน์ของผู้เอาประกัน

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู และบุคลากรทางการศึกษาจะเป็นผู้ดูแลการจ่ายสินไหมทดแทนให้เป็นไปด้วยความเป็นธรรมและรวดเร็ว แทนผู้เอาประกันภัยทั้งหมดในโครงการ

ค่าจัดการสำหรับส่วนราชการ หรือหน่วยงาน หรือสถานศึกษา

ทุนประกัน	ผู้เอาประกันจ่ายเบี้ยประกันต่อปีหักเป็นค่าจัดการไว้รายละเอียด	เบี้ยประกันสุทธิที่ต้องส่ง
ก. 300,000.- บาท	315.- บาท	15.- บาท
ข. 500,000.- บาท	525.- บาท	25.- บาท

300.- บาท
500.- บาท

หมายเหตุโปรดใช้เพียงอัตราเบี้ยประกันในช่องนี้ในการกรอกใบสมัครและชำระเงินค่าเบี้ยประกันเท่านั้น

คำเตือน - ความคุ้มครอง ตามใบสมัครนี้จะเกิดขึ้นต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินค่าเบี้ยประกันแล้วเท่านั้น
- หมดเขตรับสมัครวันที่ 31 มีนาคม

รายละเอียดความคุ้มครอง ข้อยกเว้น และการจ่ายค่าสินไหมทดแทนสำหรับการประกันตามใบสมัครนี้

อบ.1 ตามมาตรฐานของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ความคุ้มครอง	การประกันภัยให้ความคุ้มครองความสูญเสีย อันเกิดจากความบาดเจ็บจากปัจจัยภายนอกร่างกายของผู้เอาประกันด้วยตลอด 24 ชั่วโมงไม่ว่าจะอยู่ในหรือห่างปฏิบัติหน้าที่ หรือนอกเวลาทำงาน รวมทั้งการเดินทางไม่ว่าจะเป็นการเดินทางโดย รถยนต์ เรือ หรือเครื่องบินพาณิชย์ที่มีเส้นทางบินโดยปกติ โดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังนี้	
ผลข้อ 1	การเสียชีวิต	จ่ายค่าสินไหมทดแทน 100% ของทุนประกัน
ผลข้อ 2	การสูญเสียอวัยวะและสาขาท	
	2.1 สูญเสียมือสองข้าง หรือเท้าสองข้างตั้งแต่ข้อมือหรือข้อเท้า หรือสายตาสองข้าง หรืออย่างละหนึ่งข้าง รวมกันสองข้างขึ้นไป	100% ของทุนประกัน
	2.2 สูญเสียมือหรือเท้าตั้งแต่ข้อมือหรือข้อเท้าในข้างหรือสายตาด้านหนึ่งข้าง	60% ของทุนประกัน
ผลข้อ 3	ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานได้ตลอดไป	100% ของทุนประกัน
	ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับ ทำให้ตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงภายใน 180 วัน นับแต่วันเกิดอุบัติเหตุและทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นได้เป็นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือน	
ข้อยกเว้น	การประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครอง	
	1. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่องมาจากสาเหตุดังต่อไปนี้	
	ก. การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถทรงสติได้ คำว่า "ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา" นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป	
	ข. การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง	
	ค. การได้รับเชื้อโรคปรสิต เว้นแต่การติดเชื้อโรค หรือบาดทะยัก หรือโรคสัวน่า ซึ่งเกิดจากบาดแผลที่ได้รับมาจากอุบัติเหตุ	
	ง. การรักษาทางเวชกรรมหรือศัลยกรรม เว้นแต่ที่จำเป็นจะต้องกระทำ เนื่องจากได้รับบาดเจ็บ ซึ่งได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้และได้กระทำภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย	
	จ. การแท้งลูก	
	ฉ. การรักษาหรือการรักษาพยาบาล เว้นแต่การรักษาที่ได้เกิดขึ้นภายใน 7 วันนับจากวันเกิดอุบัติเหตุ	
	ช. การเปลี่ยนหรือใส่ฟันปลอม การครอบฟัน ทันตกรรมประดิษฐ์	
	ซ. อาการเป็นพิษ	
	ณ. การปวดหลัง อันมีสาเหตุมาจาก หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท กระดูกสันหลังเสื่อม (Spondylolisthesis) กระดูกสันหลังเสื่อม (Degeneration) หรือ (Spondylosis) กระดูกสันหลังอักเสบ (Spondylitis) และภาวะ Spondylolysis เว้นแต่มีกรณีแตกหัก (Fracture) หรือเคลื่อน (Dislocation) ของกระดูกสันหลังอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ	
	ญ. สงคราม (ไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม) การจลาจล หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ การที่ประชาชนก่อความวุ่นวาย ถึงขนาดลุกฮือขึ้นต่อต้านรัฐบาล การจลาจล การยึดหยุดงาน	
	ฎ. อาวุธนิวเคลียร์ การแผ่รังสี หรือกัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใด ๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ และกรรมวิธีใด ๆ แห่งการแตกแยกตัวทางนิวเคลียร์ ซึ่งดำเนินการติดต่อกันไปโดยตัวของมันเอง	
	2. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ ที่เกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้	
	ก. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังอยู่ในป่า แอ่งหรือแหล่งเรือทุกชนิด แอ่งน้ำ เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิดรวมถึงเจ็ตสกีด้วย แข่งสกีตกเขา โดโลรม (เว้นแต่การโดดร่มเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือเครื่องบิน เล่นหรือขี่มอเตอร์ไซด์หรือรถจักรยานยนต์ ดำน้ำตื้นโดยใช้ถังอากาศและเครื่องช่วยหายใจใต้น้ำ	
	ข. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี หรือโดยสารรถจักรยานยนต์	
	ค. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีจุดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกาศการโดยสารการบินพาณิชย์	
	ง. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขึ้นหรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใด ๆ	
	จ. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยเข้าร่วมทะเลหรือเรือหรือมีส่วนช่วยให้เกิดการทะเลาะวิวาท	
	ฉ. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรม หรือขณะที่ถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม	
	ช. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยปฏิบัติหน้าที่เป็น พหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม แต่หากการเข้าปฏิบัติการนั้นเกิน 30 วัน บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัย ตั้งแต่ระยะเวลาที่เข้าปฏิบัติการสงคราม หรือปราบปรามนั้น จนถึงวันสิ้นสุดการปฏิบัติการนั้น ส่วนหลังจากนั้นไม่คุ้มครองมีผลบังคับต่อไปจนสิ้นสุดระยะเวลาประกันภัยที่กำหนดไว้ในตาราง	
ความคุ้มครองเพิ่มเติม	สำหรับสาเหตุดังต่อไปนี้ (แนบให้โดยไม่ได้คิดเบี้ยประกันเพิ่มแต่อย่างใด)	
	1. สำหรับ ภัยฆาตกรรม	50% ของทุนประกัน
	2. สำหรับ ภัยขังและโดยสารรถจักรยานยนต์	30% ของทุนประกัน



สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษา
ใบคำขอเอาประกัน

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

เลขที่อ้างอิง: 13017008494

App No.

มหาวิทยาลัย มหิดล(ศาลาया) ตำบล ศาลาया อำเภอ พุทธมณฑล จังหวัด นครปฐม 73170 โทร	วิธีการชำระเงิน ชำระเบี้ยประกันทางไปรษณีย์ผ่านระบบ Pay at Post พร้อมแนบ ใบเสร็จรับเงินและใบคำขอเอาประกันมายังบริษัท ทีพียประกันภัย จำกัด (มหาชน) 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120 โทร.0-2239-2172, 0-2239-2006, 0-2239-2934, โทรสาร 0-2239-2049 ต่อ 2006 หรือส่ง Email : pa_geb@dhipaya.co.th สามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.otep.go.th
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- ผู้เอาประกันกรณารอกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน
- สมาชิกที่ต้องการเพิ่ม-ลดทุนประกัน ให้ขีดทับ และระบุทุน-เบี้ยประกันที่ต้องการแทน หรือ หากไม่ประสงค์จะต่อประกันให้ขีดทับทั้งรายการ

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกัน	อายุ	บัตรประชาชน	ทุนประกัน	เบี้ยประกัน			ผู้รับผลประโยชน์
					สมาชิก	คู่สมรส	บุตร	
รวมค่าเบี้ยประกันทั้งสิ้น								

ลงชื่อ หัวหน้าส่วนราชการ / หน่วยงาน / สถานศึกษา

สำหรับเคาน์เตอร์ไปรษณีย์ ชำระเบี้ยประกันผ่านระบบ Pay at Post

ยอดเงินสด จำนวน บาท	SERVICE CODE : DHP
จำนวนเงินตัวอักษร	ชื่อผู้เอาประกันภัย มหาวิทยาลัย มหิดล(ศาลาया) App No/ Ref.1 13017008494
	Effective date/Ref.2 20170220
I010753800053300 13017008494 20170220 00	

สำเนา



สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคลากรทางการศึกษา

ใบคำขอเอาประกัน

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

เลขที่อ้างอิง: 13017008494

App No.

มหาวิทยาลัย มหิดล(ศาลาया)	วิธีการชำระเงิน
ตำบล ศาลาया	ชำระเบี้ยประกันทางไปรษณีย์ผ่านระบบ Pay at Post พร้อมแนบ
อำเภอ พุทธมณฑล	ใบเสร็จรับเงินและใบคำขอเอาประกันมายังบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
จังหวัด นครปฐม 73170	1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
โทร	โทร.0-2239-2172, 0-2239-2006, 0-2239-2934, โทรสาร 0-2239-2049 ต่อ 2006
	หรือส่ง Email : pa_geb@dhipaya.co.th
	สามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.otep.go.th

- ผู้เอาประกันกรณารอรายละเอียดให้ครบทุกช่อง พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน
- สมาชิกที่ต้องการเพิ่ม-ลดทุนประกัน ให้ขีดทับ และระบุทุน-เบี้ยประกันที่ต้องการแทน หรือ หากไม่ประสงค์จะต่อประกันให้ขีดทับทั้งรายการ

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกัน	อายุ	บัตรประชาชน	ทุนประกัน	เบี้ยประกัน			ผู้รับผลประโยชน์
					สมาชิก	คู่สมรส	บุตร	
รวมค่าเบี้ยประกันทั้งสิ้น								

ลงชื่อ หัวหน้าส่วนราชการ / หน่วยงาน / สถานศึกษา

สำหรับเคาน์เตอร์ไปรษณีย์ ชำระเบี้ยประกันผ่านระบบ Pay at Post

ยอดเงินสด จำนวน	บาท	SERVICE CODE : DHP
จำนวนเงินตัวอักษร		ชื่อผู้เอาประกันภัย มหาวิทยาลัย มหิดล(ศาลาया)
		App No/ Ref.1 13017008494
		Effective date/Ref.2 20170220
1010753800053300 13017008494 20170220 00		