



คณะกรรมการ
 ระเบียบวาระที่ 1410
 วันที่ 03 ก.ค. 2562
 เวลา 10:00 บ. เป็นต้นไป

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานวินัยและสวัสดิภาพนักศึกษา สำนักงานพัฒนานักศึกษา โทร. ๓๐๙๑

ที่ อว ๐๖๐๔.๔.๑/ว ๑๙๙๙

วันที่ - ๓ ก.ค. ๒๕๖๒

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์

เรียน คณบดีคณะนิติศาสตร์

ตามที่ สำนักงานพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ได้รับอนุมัติให้จัดทำประกันอุบัติเหตุสำหรับนักศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๒ ในปีนี้บริษัทไทยไฟบูลย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เป็นบริษัทที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นบริษัทคู่สัญญากับมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๒ เวลา ๑๖.๓๐ นาฬิกา จนถึงวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๓ เวลา ๑๖.๓๐ นาฬิกา นั้น

ในการนี้ งานวินัยและสวัสดิภาพนักศึกษา สำนักงานพัฒนานักศึกษา จึงขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ สิทธิความคุ้มครอง ทุนประกันภัย โรงพยาบาลต่างๆที่นักศึกษาสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาล ขั้นตอนการขอเบิกค่าสินไหมทดแทนจากการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิต แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโดยขอรับและยื่นเอกสารได้ที่ งานวินัยและสวัสดิภาพนักศึกษา สำนักงานพัฒนานักศึกษา ชั้น ๒ สำนักงานอธิการบดี (หลังเก่า) หรือดาวโหลดแบบฟอร์มได้ที่เว็บไซต์สำนักงานพัฒนานักศึกษา www.ubu.ac.th/web/welfare รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมา พร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

จรวยพร

(นางสาวจรวยพร แสนทวีสุข)

รองอธิการบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์

จิราพร

จรวยพร

นายชรรณีพร...

พร้อม คณบดีคณะนิติศาสตร์

บันทึกข้อความ...

ขอเรียน...

นางมณฑิรา แก้วตา

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา

3 ก.ค. ๖๒

นางเพชรรัตน์ แสนทวีสุข
โทร. ๓๐๙๑๖๖๖

เพชรรัตน์

(นางเพชรรัตน์ แสนทวีสุข)

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าสำนักงานเลขานุการ

317162

ขั้นตอนการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA)

ปฏิบัติได้ 2 ช่องทางดังนี้

1. กรณีผู้เอาประกันภัยได้รับอุบัติเหตุ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เป็นคู่สัญญากับบริษัท
 - 1.1 ผู้เอาประกันภัยต้องแสดงบัตร ประกันภัย (บริษัทฯออกให้) ร่วมกับบัตรประจำตัวประชาชน ยื่นต่อโรงพยาบาล (รักษาฟรี โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย)
 - 1.2 กรณีผู้เอาประกันภัยไม่สามารถปฏิบัติตามข้อ 1.1 ได้ ผู้เอาประกันภัยต้องสำรองค่ารักษาพยาบาล และนำหลักฐานการรักษาพยาบาล ส่งมายังบริษัทฯ เพื่อเรียกร้องค่าสินไหมตามช่องทางการส่งเอกสาร
2. กรณีผู้เอาประกันภัยได้รับอุบัติเหตุ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่คู่สัญญากับบริษัท
 - 2.1 ผู้เอาประกันภัยจะต้อง สำรองค่ารักษาพยาบาลก่อน และนำหลักฐานการรักษาพยาบาลส่งมายังบริษัทฯ โดยส่งด้วยตัวเอง หรือ ส่งทางไปรษณีย์มาที่
บริษัท ไทยไฟนอลส์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ส่วนสินไหมทั่วไป
123 อาคารไทยประกันชีวิต ชั้น 15 ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาล

1. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุสาเหตุการบาดเจ็บที่ชัดเจน
2. ใบเสร็จรับเงินแสดงค่าใช้จ่ายต่างๆ (ต้นฉบับ)
3. फिल्मเอ็กซเรย์ หรือผลการอ่านฟิล์ม ในกรณีที่มีกระดูกหักหรือร้าว
4. สำเนาเลขที่บัญชีสมุดเงินฝากธนาคาร (Book Bank)
5. สำเนาบัตรประกัน
6. สำเนาบัตรประชาชน

หมายเหตุ : ข้อที่ 4-6 รับรองสำเนาถูกต้องด้วยลายมือของผู้เอาประกันภัยเอง



เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของหนังสือเลขที่ รปก.0333/62 Revise 1 ลว.27/03/2562.

เงื่อนไข

1. การขอเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้เอาประกันภัยระหว่างปี
 - 1.1 กรณีที่มีการเพิ่มจำนวนผู้เอาประกันภัยบริษัทฯ เก็บเบี้ยประกันภัยเต็มปี
 - 1.2 กรณีที่มีการลดจำนวนผู้เอาประกันภัยบริษัทฯ ไม่คืนเบี้ยประกันภัยใด ๆ ทั้งสิ้น
 - 1.3 กรณีที่มีการเพิ่มหรือลดจำนวนผู้เอาประกันภัยในคราวเดียวกัน
 - 1.3.1 ถ้าจำนวนที่เพิ่มมากกว่าจำนวนที่ลดบริษัทฯ เก็บเบี้ยประกันภัยในส่วนของจำนวนที่เพิ่มเต็มปี
 - 1.3.2 ถ้าจำนวนที่ลดมากกว่าจำนวนที่เพิ่มบริษัทฯ ไม่คืนเบี้ยประกันภัยใด ๆ ทั้งสิ้น
2. เบี้ยประกันภัยขั้นต่ำ 20,000 บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) ต่อกรมธรรม์ ไม่รวมอากร
3. ข้อเสนอให้ความคุ้มครองเป็นระยะเวลาตามที่กำหนดข้างต้น และสามารถต่ออายุสัญญากรมธรรม์ได้ทุก ๆ ปี โดยบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะเปลี่ยนแปลงความคุ้มครองหรือปรับปรุง อัตราเบี้ยประกันภัยตามสถิติการจ่ายสินไหมทดแทน ตามที่บริษัทฯ เห็นสมควร

ข้าพเจ้าตกลงยืนยันทำประกัน โดยขอให้มมีผลบังคับตั้งแต่วันที่.....

ลงชื่อ.....

วันที่.....



เอกสารผู้รับประโยชน์กรณีเป็นบุคคล

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง)
2. สำเนาทะเบียนบ้าน (รับรองสำเนาถูกต้อง)
3. สำเนาทะเบียนสมรสและทายาทตามกฎหมาย

เอกสารผู้รับประโยชน์กรณีเป็นนิติบุคคล

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของกรรมการ หรือ หุ่นส่วนผู้จัดการผู้มีอำนาจกระทำการแทน พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีอำนาจกระทำการแทนพร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
3. สำเนาหนังสือรับรองนิติบุคคล จำนวน 1 ชุด
4. หนังสือรับรองการเป็นลูกจ้างของผู้เสียชีวิต

หมายเหตุ

บริษัท สงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาขอใช้ค่าสินไหม

ช่องทางการรับค่าสินไหมทดแทน

1. ส่งเช็คส่งทางไปรษณีย์
2. โอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับผลประโยชน์ ตามที่ระบุไว้

ช่องทางการติดต่อบริษัท และหน่วยงานสินไหมทั่วไป

บริษัท ไทยไฟนอลย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

123 อาคารไทยประกันชีวิต ชั้น 15 ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400

โทร. 02-2469635-54 ต่อ 4100-4104

กรณีเบิกค่าชดเชย

1. ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริงหรือสำเนา) ที่ระบุสาเหตุการบาดเจ็บที่ชัดเจน
2. ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริงหรือสำเนาหรือใบสรุปค่ารักษาพยาบาลแสดงค่าใช้จ่ายต่างๆ)
3. फिल्मเอ็กซ์เรย์ หรือผลการอ่านฟิล์ม ในกรณีที่มีกระดูกหักหรือร้าว
4. สำเนาเลขที่บัญชีสมุดเงินฝากธนาคาร (Book Bank)
5. สำเนาบัตรประกัน
6. สำเนาบัตรประชาชน

หมายเหตุ : ข้อที่ 4-6 รับรองสำเนาถูกต้องด้วยลายมือของผู้เอาประกันภัยเอง

กรณีสูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพถาวร

1. ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุสาเหตุการบาดเจ็บและอวัยวะที่สูญเสียโดยชัดเจน
2. फिल्मเอ็กซ์เรย์ หรือผลการอ่านฟิล์ม
3. รูปถ่ายเต็มตัว และอวัยวะที่สูญเสียของผู้เอาประกันภัย
4. สำเนาบัตรประกัน
5. สำเนาบัตรประชาชน
6. สำเนาประวัติการรักษาพยาบาล

กรณีเสียชีวิต

1. สำเนาใบมรณะบัตร ที่รับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่ออกให้
2. สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่ออกให้ (กรณีมีการผ่าศพพิสูจน์)
3. สำเนาใบรายงานการผ่าศพ ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่ออกให้ (กรณีมีการผ่าศพพิสูจน์)
4. สำเนาใบรับรองการเสียชีวิต (หนังสือรับรองการตาย) ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้อง โดยหน่วยงานที่ออกให้
5. สำเนาบันทึกรประจำวัน ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่ออกให้
6. สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต และผู้รับประโยชน์ ที่รับรองสำเนาถูกต้อง โดยผู้รับประโยชน์



7. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	50,000
เบี้ยประกันภัยรวมอากร (ต่อคน/ต่อปี)	200

ขยายความคุ้มครอง

1. ความรับผิดชอบของสถานที่ศึกษาที่มีต่อนักเรียน หรือสาธารณะภัย ในวงเงิน 270,000 บาท ต่อคน และรวมกันสูงสุด ไม่เกิน 2,700,000 บาท ตลอดระยะเวลาประกันภัย

หมายเหตุ

หมายเหตุ ค่าเบี้ย 2 เท่า 8000 บาท และค่าธรรมภิบาล 2 เท่า 10,000,000.-

เอกสารฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของหนังสือเลขที่ รปก.0333/62 Revise 1 ลว.27/03/2562

ใบเตือนต่ออายุการประกันอุบัติเหตุสำหรับนิสิต/นักศึกษา

- กรมธรรม์เลขที่ : 45002508
 ผู้ถือกรมธรรม์ : มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
 ผู้เอาประกันภัย : นักเรียน จำนวน 15,000 คน
 ระยะเวลาคุ้มครอง : วันที่ 01 มิถุนายน 2562 – วันที่ 01 มิถุนายน 2563
 ความคุ้มครอง : ให้ความคุ้มครองตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับความสูญเสียหรือความบาดเจ็บอันมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ ที่เกิดจากปัจจัยภายนอกร่างกาย และมีผลทำให้เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ.2)

ความคุ้มครอง	ทุนประกันภัย (บาท)
1. เสียชีวิต อวัยวะ ทุพพลภาพถาวร	270,000
2. ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร	270,000
3. สูญเสียมือ เท้า สายตา 2 ส่วน	270,000
4. สูญเสียมือ เท้า สายตา 1 ส่วน	162,000
5. เสียชีวิตเนื่องจากการขับขี่/ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์	270,000
6. เสียชีวิตเนื่องจากการถูกฆาตกรรมหรือถูกลอบทำร้าย	270,000
7. ค่ารักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	50,000
เบี้ยประกันภัยรวมอากร (ต่อคน/ต่อปี)	200

ขยายความคุ้มครอง

1. ความรับผิดชอบของสถานศึกษาที่มีต่อนักเรียน หรือสาธารณะภัย ในวงเงิน 270,000 บาท ต่อคน และรวมกันสูงสุด ไม่เกิน 2,700,000 บาท ตลอดระยะเวลาประกันภัย

หมายเหตุ

1. ผู้เอาประกันสามารถใช้บัตรสมาชิกสำหรับค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากอุบัติเหตุโรงพยาบาลในเครือข่ายของบริษัทฯ โดยไม่ต้องสำรองจ่าย
2. ผู้ถือกรมธรรม์มีหน้าที่นำส่งหนังสือรับรองสรุปเงื่อนไขความคุ้มครอง และชื่อยกเว้นตามกรมธรรม์ประกันภัยให้กับสมาชิกผู้เอาประกันภัยทุกราย
3. ความรับผิดชอบต่อกรมธรรม์ตามทุนประกันที่แท้จริง แต่ไม่เกิน 90,000,000 บาท
4. ผู้ถือกรมธรรม์ต้องนำส่งรายชื่อเป็น File Excel มายังบริษัทฯ ภายใน 30 วัน นับจากวันเริ่มคุ้มครอง

บริษัท ไทยโพยลย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

123 อาคารไทยประกันชีวิต ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400 ทะเบียนเลขที่ 0107555000228 โทร. 0 2246 9635 โทรสาร 0 2246 9660



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
Request for Indemnity, Ubon Ratchathani University

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
Date Month Year

เรื่อง เรียกร้องค่าทดแทนจากการเกิดอุบัติเหตุ

Title Request for indemnity

เรียน บริษัทไทยไพบูลย์ประกันภัย จำกัด มหาชน

Dear Thai Paiboon Insurance Limited,

ตามที่ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ได้ทำประกันอุบัติเหตุหมู่กับบริษัทไทยไพบูลย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่กรมธรรม์ 45002374-17 N 10 ขณะนี้ได้มีนักศึกษาได้รับอุบัติเหตุ คือ

According to insurance policy number 45002374-17 N 10, Ubon Ratchathani University has bought group accident insurance from Thai Paiboon Insurance Limited. Now, a student has had an accident.

ชื่อ-นามสกุล.....ชั้นปี.....คณะ.....

First-Family name Year Faculty

รหัสนักศึกษา.....เบอร์โทรศัพท์.....

Student ID Phone number

ที่อยู่ปัจจุบัน/ผู้ที่สามารถติดต่อได้.....

Current address/Name of person for emergency contact

สาเหตุ/สถานที่เกิดเหตุ/วัน/เวลา.....

Details of accident (Cause/Place/Date/Time)

จำนวนเงินที่ขอเบิกค่าประกัน.....บาท (.....)

Requested indemnity Baht (Amount in words)

ธนาคาร/สาขา/เลขที่บัญชีธนาคารโอนเงิน/ชื่อ-สกุล.....

Bank name/Branch/Account number/Account name

เอกสารประกอบการเบิกค่าสินไหมทดแทน Required documents

1. ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) Medical certificate (Original) จำนวน number.....ฉบับ copies
2. ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง) Receipt (Original) จำนวน number.....ฉบับ copies
3. สำเนาบัตรนักศึกษา Copy of student ID card จำนวน number.....ฉบับ copies
4. บัตรประจำตัวประชาชน Identity card จำนวน number.....ฉบับ copies
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีของนักศึกษา (ของตนเองเท่านั้น) Copy of passbook (Applicant only) จำนวน number.....ฉบับ copies

ลายมือชื่อ (ผู้ขอเบิกค่าประกัน).....

Signature (Applicant) (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Date Month Year

ลายมือชื่อ (เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร).....

Signature (Officer) (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

Date Month Year

สำนักงานพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Office of Student Development, Ubon Ratchathani University

โทรศัพท์/โทรสาร 045-353008

Phone number/Fax: 045-353008

ผู้ประสานงาน นายกฤษกร ปารีโชติ 091-835068 Mr. Kritsakon Parichot, Tel: 091-835068

Coordinator นายณัชนันท์ ไส่สิงห์ 088-1291394 Mr. Nutchanon Sosing, Tel: 088-1291394

2. กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตก่อนครบกำหนดการชำระเบี้ยประกันภัย
โดยเอาประกันภัยโดยมีเงินเอาประกันภัยตามกรมธรรม์

1. กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตก่อนครบกำหนดการชำระเบี้ยประกันภัย
โดยเอาประกันภัยโดยมีเงินเอาประกันภัยตามกรมธรรม์

เงินคืนก่อนครบกำหนดการชำระเบี้ย

กรณีเอาประกันภัยโดยมีเงินเอาประกันภัยตามกรมธรรม์



การคุ้มครองผู้เอาประกันภัย

หมายเหตุ : เอกสารตามข้อ 4-6 ต้องลงนามรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

7. สำเนาประวัติการรักษาระยะยาว (กรณีขอเอกสารเพิ่มเติม)
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
5. บัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย
4. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (Book Bank) ของผู้เอาประกันภัย
3. พิมพ์เอกสารหรือผลการอ่านฟิล์ม ในกรณีทำประกันอุบัติเหตุร้าย
2. ใบเสร็จรับเงินแสดงค่าใช้จ่ายต่างๆ (ต้นฉบับ)
1. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุสาเหตุการบาดเจ็บที่ชัดเจน

กรณีอุบัติเหตุระยะยาว

เอกสารประกอบการคุ้มครองระยะยาว

สงวนลิขสิทธิ์



1. ប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង ដើម្បីវាយតម្លៃហានិភ័យ និងកំណត់តម្លៃប្រាក់បញ្ញើរបស់អ្នក
2. ផ្តល់សេវាប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ និងសេវាផ្សេងៗទៀត ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក (តាម)
3. ផ្តល់សេវាប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ និងសេវាផ្សេងៗទៀត ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក
4. ផ្តល់សេវាប្រឹក្សាហិរញ្ញវត្ថុ និងសេវាផ្សេងៗទៀត ដើម្បីជួយអ្នកក្នុងការសម្រេចចិត្តហិរញ្ញវត្ថុរបស់អ្នក (លទ្ធផលនៃការវាយតម្លៃ)
5. ប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង ដើម្បីវាយតម្លៃហានិភ័យ និងកំណត់តម្លៃប្រាក់បញ្ញើរបស់អ្នក

កិច្ចព្រមព្រៀងអំពីការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុ

យើងស្នើសុំឱ្យអ្នកអាន និងយល់ពីលក្ខខណ្ឌនៃកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ មុនពេលអ្នកប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងហិរញ្ញវត្ថុរបស់យើង

សេវាហិរញ្ញវត្ថុ



1. สถานพยาบาลระดับรองสำหรับผู้ป่วยนอก
2. สถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก
3. สถานพยาบาลระดับรองการตาย (หนึ่งร้อยรองการตาย) (รองสำหรับผู้ป่วยนอก)
4. สถานพยาบาลการดูแลสุขภาพของพนักงาน (รองสำหรับผู้ป่วยนอก)
5. สถานพยาบาลระดับรองและผู้รับผลประโยชน์ (รองสำหรับผู้ป่วยนอก)
6. สถานพยาบาลของผู้รับผลประโยชน์และผู้รับผลประโยชน์ (รองสำหรับผู้ป่วยนอก)
7. สถานพยาบาลระดับรองการดูแลสุขภาพ (กรณีฉุกเฉิน)

การคุ้มครอง

เงื่อนไขการคุ้มครองสุขภาพ

๒๕๕๖-๒๕๕๗



1. ส่วนงานคุ้มครองสุขภาพ (รับประกันสุขภาพ)
2. ส่วนงานประกันภัยบ้าน (รับประกันภัย)
3. ส่วนงานประกันภัยรถยนต์ (การประกันภัยรถยนต์)

ผู้ดูแลผลประโยชน์

เอกสารประกอบการรับประกันภัยรถยนต์

กรมการประกันภัย



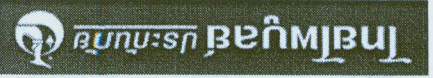
ตามระเบียบนี้

- 1. ผู้จ่ายเบี้ย สามารถจ่ายตนเอง
- 2. ผู้จ่ายเบี้ยสามารถส่งทางไปรษณีย์
- 3. โฉมจ่ายเบี้ยประกันภัยสามารถจ่ายโดยผู้รับประกันภัยและผู้รับผลประโยชน์

กรมการประกันภัยคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

กรมการประกันภัยคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

๑๕๕ หมู่ ๖ ถนนวิภาวดีรังสิต กรุงเทพฯ



ព័ន្ធបណ្តាញសេវាកម្មហិរញ្ញវត្ថុ
កម្ពុជា
ទំនាក់ទំនង ០៩៥ ៥៨៩៩ ៥៦៦
ខេត្តសៀមរាប ០៩៥ ៥៨៩៩ ៥៦៦
ទូរស័ព្ទ ០៩៥ ៥៨៩៩ ៥៦៦
អ៊ីម៉ែល thait@thaifit.com
គេហទំព័រ www.thaifit.com
សម្រាប់ប្រយោជន៍ ០៩៥ ៥៨៩៩ ៥៦៦
ខេត្តសៀមរាប ០៩៥ ៥៨៩៩ ៥៦៦
ទូរស័ព្ទ ០៩៥ ៥៨៩៩ ៥៦៦
អ៊ីម៉ែល thait@thaifit.com
គេហទំព័រ www.thaifit.com
សម្រាប់ប្រយោជន៍ ០៩៥ ៥៨៩៩ ៥៦៦
ខេត្តសៀមរាប ០៩៥ ៥៨៩៩ ៥៦៦
ទូរស័ព្ទ ០៩៥ ៥៨៩៩ ៥៦៦
អ៊ីម៉ែល thait@thaifit.com
គេហទំព័រ www.thaifit.com

កម្ពុជា

កម្ពុជា

កម្រិតប្រាក់បញ្ញើរបស់អ្នកប្រើប្រាស់ កម្រិតប្រាក់បញ្ញើ ធនាគារប្រាក់បញ្ញើ
កម្រិតប្រាក់បញ្ញើប្រាក់បញ្ញើប្រាក់បញ្ញើ កម្រិតប្រាក់បញ្ញើ ធនាគារប្រាក់បញ្ញើ
កម្រិតប្រាក់បញ្ញើប្រាក់បញ្ញើប្រាក់បញ្ញើ កម្រិតប្រាក់បញ្ញើប្រាក់បញ្ញើប្រាក់បញ្ញើ
ប្រាក់បញ្ញើ កម្រិត ៥១ កម្រិតប្រាក់បញ្ញើប្រាក់បញ្ញើប្រាក់បញ្ញើ ២០០០០០

កម្រិតប្រាក់បញ្ញើប្រាក់បញ្ញើប្រាក់បញ្ញើប្រាក់បញ្ញើ

កម្រិតប្រាក់បញ្ញើប្រាក់បញ្ញើប្រាក់បញ្ញើប្រាក់បញ្ញើប្រាក់បញ្ញើ



08 081627406 ១

08-9424-9020

3. ទំព័រព័ត៌មាន អ៊ីនធឺណិត



09-8365-0888

2. ទំព័រព័ត៌មាន អេស៊ីតាតូម

អ៊ីនធឺណិត

ទំព័រព័ត៌មាន (អេស៊ីតាតូម)

08-1949-8965

1. ទំព័រព័ត៌មាន លេខទូរស័ព្ទ

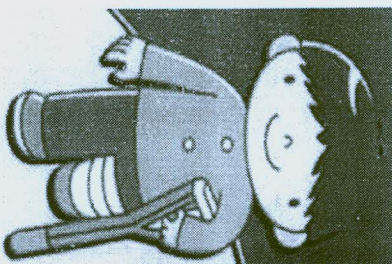
ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

មជ្ឈមណ្ឌលសេវាអតិថិជន



อุบัติเหตุจากรถ
คุ้มครองทันที...เมื่อขยับ

W.S.U.



จ่ายถูกกว่าเบี้ย

(ผู้ประสบภัย)

(นอกเหนือจากผู้ขับขี่ที่ประสบอุบัติเหตุเป็นผู้ประสบภัย)

บาดเจ็บ
ค่ารักษาพยาบาล
(รวมค่ารถพยาบาล)

80,000 บาท

กรณีชน sw.
ค่ารักษาพยาบาล
(รวมค่ารถพยาบาล)

วันละ 200 บาท
(สูงสุดไม่เกิน 20 วัน)

เสียชีวิต
หรือ
ทุพพลภาพถาวร

300,000 บาท

อุบัติเหตุระยะ
ที่บาดเจ็บ ตั้งแต่
(1 ชั่วโมงขึ้นไป)

200,000 บาท

อุบัติเหตุระยะ
ทุพพลภาพ, ถิ่นขาด,
อวัยวะขาด, สูญเสีย

250,000 บาท

อุบัติเหตุระยะ
มือ แขน เท้า ขาด
(1 ชั่วโมง)

250,000 บาท

อุบัติเหตุระยะ
มือ แขน เท้า ขาด
(2 ชั่วโมง)

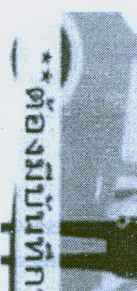
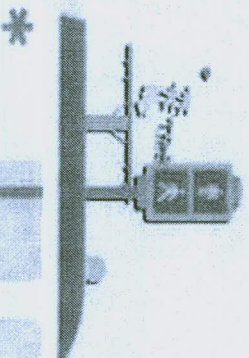
300,000 บาท

อุบัติเหตุระยะ
มือ แขน เท้า ขาด
(รวมกัน 2 ส่วน)

300,000 บาท

เบียดำเสียหายเบื้องต้น
กับรถที่โดยสารมาก่อน
แล้วมาเบียดเพิ่มเติม

ได้เต็มวงเงิน



ต้องมีบันทึกประจำวันเป็นหลักฐานการเกิดอุบัติเหตุจากรถ

ไทยประกันชีวิต

บริษัทในเครือไทยประกันชีวิต

ត្រូវបញ្ជាក់ប្រាក់បញ្ចាំជាមួយភ្នាក់ងារប្រចាំខ្លួន



កម្រិតប្រាក់បញ្ចាំ -
 ១០០.០០០ ដុល្លារអាមេរិក
 ២០០.០០០ ដុល្លារអាមេរិក
 ៣០០.០០០ ដុល្លារអាមេរិក

កម្រិតប្រាក់



៣៥,០០០ ដុល្លារ

៥៥៤៧៤៧៧៧៧
 ៥៥៥៥៥៥៥៥៥៥

៖ច្រកច្រកប្រាក់

៣០,០០០ ដុល្លារ

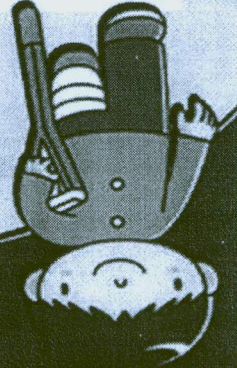
(កម្រិតប្រាក់បញ្ចាំដាច់ខាត)
 ៥៥៥៥៥៥៥៥៥៥៥៥

កម្រិតប្រាក់

(កម្រិតប្រាក់បញ្ចាំដាច់ខាត)

(កម្រិតប្រាក់បញ្ចាំដាច់ខាត)

កម្រិតប្រាក់



ស.ស.អ

កម្រិតប្រាក់បញ្ចាំ
 ប្រាក់បញ្ចាំប្រចាំខ្លួន

សេវាប្រាក់បញ្ចាំប្រចាំខ្លួន



1. ศึกษาค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ประกันภัย
2. ใช้งบประมาณสำหรับซื้อผลิตภัณฑ์
3. ใช้งบประมาณสำหรับจ่ายค่าเบี้ย
4. ใช้งบประมาณสำหรับซื้อผลิตภัณฑ์
5. ใช้งบประมาณสำหรับซื้อเบี้ย

ใช้งบประมาณในการซื้อเบี้ยในวงจำกัด

ใช้งบประมาณในการซื้อเบี้ย 350 แห่ง ของ บมจ. ไทยไฟรฟ์ประกันภัย

1 (ข้อมูลหนี้)

เลขที่บัญชี	ชื่อลูกค้า	ประเภทหนี้	จำนวน
035-61261-4	ช่างทอง	สินเชื่อ	82
035-289872-9	ศิริมาศ	สินเชื่อ	81
035-249249	วิภาดา	สินเชื่อ	80
035-335555-66	วิภาดา	สินเชื่อ	79
035-801555	วิภาดา	สินเชื่อ	78
035-315100	วิภาดา	สินเชื่อ	77
035-578959	วิภาดา	สินเชื่อ	76
035-500283-8	วิภาดา	สินเชื่อ	75
035-564555	วิภาดา	สินเชื่อ	74
035-514444	วิภาดา	สินเชื่อ	73
035-404053-7	วิภาดา	สินเชื่อ	72
036-522555-9	วิภาดา	สินเชื่อ	71
036-246901-2	วิภาดา	สินเชื่อ	70
036-401100-11	วิภาดา	สินเชื่อ	69
036-326122-5	วิภาดา	สินเชื่อ	68
036-315555	วิภาดา	สินเชื่อ	67
034-417999	วิภาดา	สินเชื่อ	66
034-116999	วิภาดา	สินเชื่อ	65
02-4130070	วิภาดา	สินเชื่อ	64
034-826260-28	วิภาดา	สินเชื่อ	63
02-1174999	วิภาดา	สินเชื่อ	62
034-424990-3	วิภาดา	สินเชื่อ	61
034-412481	วิภาดา	สินเชื่อ	60
034-723044	วิภาดา	สินเชื่อ	59
034-715001-5	วิภาดา	สินเชื่อ	58
02-3610070-9	วิภาดา	สินเชื่อ	57
02-1342668-8	วิภาดา	สินเชื่อ	56
02-3234081-3	วิภาดา	สินเชื่อ	55
02-7051170-4	วิภาดา	สินเชื่อ	54
02-369222	วิภาดา	สินเชื่อ	53
02-3232991-7	วิภาดา	สินเชื่อ	52
02-7087500-10	วิภาดา	สินเชื่อ	51
02-3234361-4	วิภาดา	สินเชื่อ	50
02-7542800	วิภาดา	สินเชื่อ	49
02-1737766-75	วิภาดา	สินเชื่อ	48
02-3160055	วิภาดา	สินเชื่อ	47
02-3632000	วิภาดา	สินเชื่อ	46
02-3160055	วิภาดา	สินเชื่อ	45
02-3803360-4	วิภาดา	สินเชื่อ	44
02-1093111	วิภาดา	สินเชื่อ	43
02-1381155-64	วิภาดา	สินเชื่อ	42
02-7401800-6	วิภาดา	สินเชื่อ	41
02-3127261-9	วิภาดา	สินเชื่อ	40
02-7582501-4	วิภาดา	สินเชื่อ	39
02-7389900	วิภาดา	สินเชื่อ	38
02-382693	วิภาดา	สินเชื่อ	37
02-0332900	วิภาดา	สินเชื่อ	36
02-3168345-9	วิภาดา	สินเชื่อ	35
02-7569759	วิภาดา	สินเชื่อ	34
02-8189000	วิภาดา	สินเชื่อ	33
036-616300	วิภาดา	สินเชื่อ	32
036-6413933	วิภาดา	สินเชื่อ	31
036-642494-7	วิภาดา	สินเชื่อ	30
032-315234-9	วิภาดา	สินเชื่อ	29
032-211143	วิภาดา	สินเชื่อ	28
032-322274-80	วิภาดา	สินเชื่อ	27
032-897888	วิภาดา	สินเชื่อ	26

เลขที่บัญชี	ชื่อลูกค้า	ประเภทหนี้	จำนวน
032-4170707-9	วิภาดา	สินเชื่อ	25
02-1507111	วิภาดา	สินเชื่อ	24
02-681226-7	วิภาดา	สินเชื่อ	23
02-9989999	วิภาดา	สินเชื่อ	22
02-9018400-8	วิภาดา	สินเชื่อ	21
02-9989999	วิภาดา	สินเชื่อ	20
02-532477-9	วิภาดา	สินเชื่อ	19
02-9584500-15	วิภาดา	สินเชื่อ	18
02-996221-5	วิภาดา	สินเชื่อ	17
02-9294533-41	วิภาดา	สินเชื่อ	16
02-9756700	วิภาดา	สินเชื่อ	15
02-8369999	วิภาดา	สินเชื่อ	14
02-9609655-9	วิภาดา	สินเชื่อ	13
02-9567888	วิภาดา	สินเชื่อ	12
02-9609244	วิภาดา	สินเชื่อ	11
02-9400200-65	วิภาดา	สินเชื่อ	10
02-9213400-9	วิภาดา	สินเชื่อ	9
02-5822299	วิภาดา	สินเชื่อ	8
02-8892601-3	วิภาดา	สินเชื่อ	7
034-212718-25	วิภาดา	สินเชื่อ	6
034-270000-5	วิภาดา	สินเชื่อ	5
034-613017	วิภาดา	สินเชื่อ	4
034-223266-75	วิภาดา	สินเชื่อ	3
034-52091-5	วิภาดา	สินเชื่อ	2
034-52091-5	วิภาดา	สินเชื่อ	1

เลขที่บัญชี	ชื่อลูกค้า	ประเภทหนี้	จำนวน
02-9447111	วิภาดา	สินเชื่อ	62
02-4671111	วิภาดา	สินเชื่อ	61
02-6172444	วิภาดา	สินเชื่อ	60
02-6401111	วิภาดา	สินเชื่อ	59
02-2797000-9	วิภาดา	สินเชื่อ	58
02-5144141	วิภาดา	สินเชื่อ	57
02-5791770-4	วิภาดา	สินเชื่อ	56
02-6265000	วิภาดา	สินเชื่อ	55
02-4279666	วิภาดา	สินเชื่อ	54
02-6862272	วิภาดา	สินเชื่อ	53
02-6862700	วิภาดา	สินเชื่อ	52
02-6233599-71	วิภาดา	สินเชื่อ	51
02-0668888	วิภาดา	สินเชื่อ	50
02-8670606	วิภาดา	สินเชื่อ	49
02-5870144	วิภาดา	สินเชื่อ	48
02-4570086	วิภาดา	สินเชื่อ	47
02-8771111	วิภาดา	สินเชื่อ	46
02-8944111	วิภาดา	สินเชื่อ	45
02-8990130	วิภาดา	สินเชื่อ	44
02-8721111	วิภาดา	สินเชื่อ	43
02-7468630-9	วิภาดา	สินเชื่อ	42
02-5181818	วิภาดา	สินเชื่อ	41
02-739673-4	วิภาดา	สินเชื่อ	40
02-9185080	วิภาดา	สินเชื่อ	39
02-4599999	วิภาดา	สินเชื่อ	38
02-4822100	วิภาดา	สินเชื่อ	37
02-4822000	วิภาดา	สินเชื่อ	36
02-3612272	วิภาดา	สินเชื่อ	35
02-3487000	วิภาดา	สินเชื่อ	34
02-8666000-13	วิภาดา	สินเชื่อ	33
02-5528777	วิภาดา	สินเชื่อ	32
02-6925260	วิภาดา	สินเชื่อ	31
02-71110460	วิภาดา	สินเชื่อ	30
02-6446444	วิภาดา	สินเชื่อ	29
02-6731773	วิภาดา	สินเชื่อ	28
02-9114400	วิภาดา	สินเชื่อ	27
02-6755000	วิภาดา	สินเชื่อ	26
02-4341111	วิภาดา	สินเชื่อ	25
02-6393333	วิภาดา	สินเชื่อ	24
02-6432104-7	วิภาดา	สินเชื่อ	23
02-1851444	วิภาดา	สินเชื่อ	22
02-2610471	วิภาดา	สินเชื่อ	21
02-9371213	วิภาดา	สินเชื่อ	20
02-6176474	วิภาดา	สินเชื่อ	19
02-7424398	วิภาดา	สินเชื่อ	18
02-434963	วิภาดา	สินเชื่อ	17
02-7416774	วิภาดา	สินเชื่อ	16
02-6762897	วิภาดา	สินเชื่อ	15
02-7516894	วิภาดา	สินเชื่อ	14
02-6714054	วิภาดา	สินเชื่อ	13
02-9823001	วิภาดา	สินเชื่อ	12
02-3267993-4	วิภาดา	สินเชื่อ	11
02-3192101-5	วิภาดา	สินเชื่อ	10
02-9101600-47	วิภาดา	สินเชื่อ	9
02-8048959-70	วิภาดา	สินเชื่อ	8
02-7293000	วิภาดา	สินเชื่อ	7
02-3994259-63	วิภาดา	สินเชื่อ	6
02-7692000	วิภาดา	สินเชื่อ	5
02-1188888	วิภาดา	สินเชื่อ	4
02-6590000	วิภาดา	สินเชื่อ	3
02-3103000	วิภาดา	สินเชื่อ	2

