



สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

๘๘/๔๐ หมู่ที่ ๔ สาธารณสุขซอย ๖ (ภายในกระทรวงสาธารณสุข)

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๖๙ โทรสาร ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๑-๖ เว็บไซต์: www.emit.go.th

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๗๕๐๐
วันที่ ๑๒ มี.ค. ๒๕๕๕
เวลา ๑๕.๓๐

ที่ สพฉ ๐๑/๔๔๑

๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕

จนท.ควบคุมโรค
รับเลขที่ ๓๕๐๙
วันที่ ๑๓ มี.ค. ๒๕๕๕
เวลา ๑๕.๐๐ น.

เรื่อง การทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่ สพฉ.๐๓/๒๘๒๖ ลงวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๔

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครทำประกันอุบัติเหตุกลุ่ม ๑ ฉบับ
- ๒. ทำเนียบผู้ประสานงานการทำประกัน ๑ ฉบับ

ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดทำหนังสือชี้แจงเรื่องการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มให้ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปีที่ ๓ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยสามารถดำเนินการทำประกันภัย รอบที่ ๑ ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๓๐ กันยายน ๒๕๕๔ มีผลคุ้มครอง ๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ และ รอบที่ ๒ ตั้งแต่วันที่ ๑ - ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ มีผลคุ้มครอง ๑ มีนาคม ๒๕๕๕ และจากเหตุการณ์ พยาบาล ของโรงพยาบาลเขาฉกรรจ์ จังหวัดสระแก้ว ถูกยิงเสียชีวิต ในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล เมื่อวันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๕ โดยได้ทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม นั้น

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ คำนึงความปลอดภัยและด้วยความห่วงใยในการปฏิบัติงานของบุคลากร จึงขอเชิญชวนให้บุคลากร ในระบบสาธารณสุขของจังหวัดและเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินทุกท่านสมัครทำประกันอุบัติเหตุกลุ่ม โดยให้หน่วยงานรวบรวมใบสมัคร และแจ้งรายชื่อ โดยลงนามจากผู้บริหารของหน่วยงาน จัดส่งที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถสมัครทำประกันได้ทัน จึงขอขยายระยะเวลาในการสมัคร ไปถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๕๕ โดยกรมธรรม์ยังมีผลความคุ้มครอง ตั้งแต่วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๕๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งให้หน่วยปฏิบัติการทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

วิมล งามวงศ์

- เนื้อไปตพพ
 - ๑๖ EMS แจ้ง สพ.ฉุกเฉิน, โทร. ๑๖๖

ขอแสดงความนับถือ

ศิริพร ช

สำนักอำนวยการ

๑ มี.ค. ๒๕๕๕

(นายชาติ เจริญชีวะกุล)

โทร. ๐๘๗-๐๙๙๑๖๖๙

เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ผู้รับผิดชอบ นางสาวคองขวัญ จันทรแก้ว

(นางอสมพรมา บุญเรือง สก)

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา



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..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัทพ์มือถือ.....
 อีเมล..... รายได้เดือน..... บาท ตำแหน่ง.....
 ผู้รับประโยชน์ 1..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 2..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 3..... เกี่ยวข้องเป็น.....
 ในระหว่าง 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงขั้นเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่? 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. โรคเมเร็ง | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |
| ช. โรคเอดส์ | <input type="checkbox"/> ไม่ | <input type="checkbox"/> เคย |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำลงนามรายการข้างบนเป็นความจริง และให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท

()
 ลงลายมือชื่อผู้เขียนหรือพิมพ์

()
 ลงลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย

()
 ลงลายมือชื่อผู้แทนโดยชอบธรรม

ตัวแทน 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.