



# สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

ชั้น 2 อาคารกองวิศวกรรมกรมการแพทย์ สาธารณสุขซอย 8 กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ 0-2590-2801 โทรสาร 0-2590-2802 เว็บไซต์: www.nhss.go.th

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
พระนครศรีอยุธยา  
วันที่ 21 ต.ค. 2552  
เวลา 16.00

ที่ สพฉ.03/2552

วันที่ ธันวาคม 2552

1291  
21 ต.ค. 52  
16.20.4

เรื่อง การทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม(ครอบครัว)ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่ สพฉ. 03/2132 ลงวันที่ 8 กันยายน 2552

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แผ่นพับ โครงการสร้างหลักประกันชีวิต สำหรับผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน 1 ฉบับ
  2. ใบสมัครประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม (ครอบครัว) 1 ฉบับ
  3. สำเนาข้อตกลงคุ้มครอง (อบ. 2) 1 ฉบับ
  4. แบบเรียกค่าสินไหมทดแทน 1 ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้จัด โครงการสร้างหลักประกันชีวิต สำหรับผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยจัดให้มีการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มให้ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (โดยความสมัครใจ) เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติการ และสร้างความอุ่นใจให้ครอบครัวผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และได้มีการดำเนินการรับสมัครให้กับผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปแล้ว นั้น

ในกรณี สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้เพิ่มสวัสดิการในการทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับครอบครัวของ ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดา มารดา ตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2553 (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1-4)

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบและพิจารณาดำเนินการแจ้งให้หน่วยปฏิบัติการทราบต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน นพ.สุชาติ  
เพื่อโปรดทราบ  
นาย อ.ดร. อ.ดร. อ.ดร. อ.ดร.  
นพ.วิฑูรย์ อ.ดร. อ.ดร. นพ.

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์ เจริญวิระกุล)

จบ

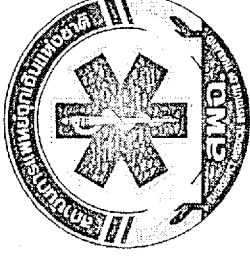
ผู้อำนวยการงานทั่วไป  
โทรศัพท์ 02 - 5919400, 087 - 0991669

ผู้รับผิดชอบ นางสาวคงขวัญ จันทร์แก้ว

23 ส.ค. 2552

แจ้งผู้ได้รับค่าสินไหมทดแทน

ลำดับที่	ภิกษุปรภษณภษ	โทรศัพท
1	เชษภรภษ	0-5377-3702-6
2	เชษภใหม่	0-5330-2444-9
3	ภษณโลก	0-5522-0583-7
4	นตรสวรสต์	0-5631-0222
5	อุตรธภษ	0-4224-8088
6	ซอนนภณ	0-4332-4751-2
7	นตรรภษษภษ	0-4426-2059
8	อุบลรภษษภษ	0-4526-5912-5
9	นตรปฐภ	0-3427-2161-5
10	นนทบุร์	0-2583-7588
11	เทพรบุร์	0-2583-7169
12	จะเชษภทรภษ	0-3241-9715-21
13	สสบุร์	0-3623-0952-4
14	ชลบุร์	0-3846-7804-8
15	S-ยอง	0-3886-0794-9
16	ซุมภส	0-7753-4517-20
17	สุรภษภษ	0-7722-1801-5
18	หาคศใหญ่	0-7434-5301-5
19	ภุภศ	0-7623-8667-72
20	ตง	0-7559-0494-7

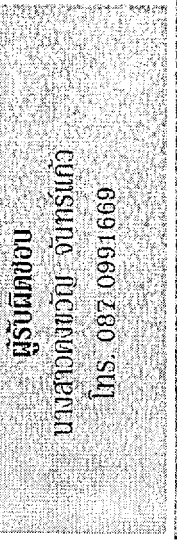


โครงการสร้างหลักประกันชีวิต  
สำหรับผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์  
ฉุกเฉินและศรอบศรวั  
(โดยสมศตรใจ)

ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2553

โดย สภษษณการแพทย์ฉุกเฉินแห่งศษษ  
ร่วมกับ  
บริษัทภษภษภษษณภษ ภษภษ ภษภษ



## หลักการและเหตุผล

การให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเนพระอย่างยิ่ง การให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุในระยะแรก สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และเกิดความสูญเสียน้อยที่สุด ช่วยลดการระและค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล แต่ปัจจุบัน ผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ยังมีน้อยมาก ที่มีอยู่ก็มีภาระงานมาก บางคนประสบอุบัติเหตุต้องสูญเสียอวัยวะ หรือเสียชีวิต ระหว่างการปฏิบัติงาน ในขณะที่งบประมาณสนับสนุน กลับลดลง ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานขาดและขวัญกำลังใจ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จึงจัดทำ โครงการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแก่ผู้ปฏิบัติงานในระบบ การแพทย์ฉุกเฉินและครอบครัว(โดยสมัครใจ) ขึ้น

## วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน และสร้างความ อุ่นใจให้ครอบครัวผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

## กลุ่มเป้าหมาย

บิดา มารดา ผู้สมรส บุตร (อายุไม่ต่ำกว่า 5 ปี และไม่เกิน 60 ปี) ของผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน ที่ทำประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มแล้ว

## วิธีดำเนินการ

สพฉ. ทำบันทึกข้อตกลงกับบริษัทที่พพประกันภัย จักัด

## ขั้นตอนดำเนินการ

1. สพฉ. ประสานสำนักงานสาธารณสุขแห่งจังหวัด (สสจ.) และบริษัทที่พพประกันภัย เพื่อดำเนินการจัดทำ ประกันของแต่ละจังหวัด
2. สสจ. แจ้งเรื่องไปยังกลุ่มเป้าหมาย พร้อมรวบรวมใบ สมัคร หลักฐาน และค่าเขียนประกันจากผู้ที่สมัครใจทำ ประกันภัย
3. สสจ. ประสานให้ผู้แทนบริษัทที่พพประกันภัยมารับ เอกสาร หลักฐานและเขียนประกัน
4. บริษัทที่พพประกันภัยออกใบกรมธรรม์ให้ สสจ.
5. บริษัทที่พพประกันภัยส่งไฟล์รายชื่อผู้เอาประกันให้ สพฉ.

## ทุนประกันและวงเงินคุ้มครอง

เบี้ยประกัน 200 บาท/คน/ปี ทุนประกันภัย 200,000 บาท/คน/ปี **ให้ความคุ้มครองตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก** สำหรับความสูญเสียหรือเสียหายอันเกิด จากการบาดเจ็บซึ่งเกิดจากบั้งจัญทายนอกร่างกายของผู้เอาประกันภัยโดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้

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

**และขยายวงเงินคุ้มครองเพิ่มเติม**แก่ผู้เอาประกันทุกคน คือ

1. การชดเชยหรือถูกทำร้ายร่างกาย
2. การดูแลสุขภาพ การนัดหยุดงาน
3. การโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีโด่งตกทะเลเขียนเพื่อ บรสรทุกผู้โดยสารและมีได้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์ คุ้มครองในกรณีเป็นผู้ประสบอุบัติเหตุ และได้รับการส่งส่งแทน

## ช้อยกเว้น (ตามที่ระบุไว้ใน อบ. 2)

### การสมัครทำประกันภัย

กลุ่มเป้าหมายที่สมัครใจทำประกันภัย ต้องกรอกใบสมัครให้เรียบร้อย สมาชิกผู้พิภพภัยของนาม เนบเนอกราส

- สำเนาบัตรประชาชน (รับรองสำเนา) 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้าน (บิดา มารดา บุตร)
- ทะเบียนสมรส (คู่สมรส)

และชำระ**ค่าเบี้ยประกันคนละ= 200 บาทต่อปี** โดยส่ง หลักฐานและค่าเบี้ยประกันได้ทันทีหน่วยปฏิบัติการแพทย์/ ลูกข่าย/หัวหน้าชุดปฏิบัติการในพื้นที่ เพื่อรวบรวมส่งให้ สสจ.ดำเนินการต่อให้แล้วเสร็จ

## การยื่นขอสินไหมทดแทน กรณีผู้เอาประกันเสียชีวิต

ผู้รับผลประโยชน์ หรือญาติ ยื่นแบบคำขอสินไหม ทดแทน พร้อมเอกสาร:- กรอกแบบเรียกร้อง ใบมรณ บัตร ใบชันสูตรพลิกศพหรือหนังสือรับรองการตาย บันทึกประจำวันจากตำรวจ ทะเบียนบ้าน บัตรประชาชน ของผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์ ใบรับรองแพทย์ ณ บริษัทที่พพประกันภัยจำกัด (มหาชน) ☺

คุณศิริพร เพชรศรีสม ผู้จัดการส่วน ฝ่ายสินไหมทั่วไป โทร. 02 2392410  
คุณสุภกัญญา เฉลิมขวัญรัตน์ เจ้าหน้าที่ ฝ่ายสินไหมทั่วไป โทร. 02 2392413

## ผู้ประสานงานหลักงานใหญ่

คุณกฤตญา สามเมือง ที่ปรึกษาโครงการ

โทร. 0811713100 E-mail : E21mon@yaboo.com



ใบสมัครประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลโครงการทิพย์ประกันภัย  
ร่วมสร้างกำลังใจให้คนสู้ฟันในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(ครอบครัว)



บุคคลอ้างอิงในระบบ EMS/ นาย / นาง / นางสาว..... เลขบัตรประชาชน.....

หน่วย..... จังหวัด.....

ชื่อ นาย / นาง / น.ส. อื่นๆ.....สกุล.....เกี่ยวข้องกับ คู่สมรส / บุตร / บิดา / มารดา  
วัน เดือน ปี เกิด...../...../.....เลขบัตรประชาชน.....(แนบเอกสาร  สำเนาบัตรประชาชน)

ที่อยู่ บ้านเลขที่..... หมู่..... หมู่บ้าน (อาคาร)..... ชั้น..... ซอย.....

ถนน..... แขวง(ตำบล)..... เขต(อำเภอ)..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... E-mail..... โทรศัพท์..... 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.

ถ้าเคย โปรดแจ้ง..... 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

.....  
( )  
ลงลายมือชื่อผู้ออประกันภัย

.....  
( )  
ลงลายมือชื่อบุคคลอ้างอิง

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

**คำเตือนของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์**

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมาย  
แพ่งและพาณิชย์ 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.

# สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม



อ.บ.2

## ข้อตกลงคุ้มครอง

บริษัทให้การคุ้มครองเฉพาะข้อตกลงคุ้มครองในข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยตามที่ระบุไว้ในตารางเท่านั้น การประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายอันเกิดจากความบาดเจ็บทางร่างกายของผู้เอาประกันภัย โดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้-

ข้อ 1 : การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องรักษาตัวติดต่อกันในสถานพยาบาลและเสียชีวิตเพราะความบาดเจ็บนั้นเมื่อใดก็ดี บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ดังนี้

- 1.1 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการเสียชีวิต
- 1.2 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง และการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นได้เป็นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
- 1.3 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือสองข้างตั้งแต่ข้อมือ หรือเท้าสองข้างตั้งแต่ข้อเท้า หรือสายตาสองข้าง
- 1.4 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
- 1.5 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และสายตาดูหนึ่งข้าง
- 1.6 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า และสายตาดูหนึ่งข้าง
- 1.7 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ
- 1.8 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
- 1.9 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับสายตาดูหนึ่งข้าง
- 1.10 50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับหูหนวกสองข้างหรือเป็นใบ
- 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 สำหรับนิ้วเท้าอื่น ๆ แต่ละนิ้ว (ไม่น้อยกว่าหนึ่งข้อ) นอกจากนิ้วหัวแม่มือ

การสูญเสียอวัยวะโดยถาวรสิ้นเชิง หมายถึง การถูกตัดออกจากร่างกาย และให้หมายรวมถึง การสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาทำงานได้อีกตลอดไป

การสูญเสียสายตา หมายความว่า ตาบอดสนิทและไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไป

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

ไม่ว่ากรณีทุพพลภาพถาวรบางส่วน ซึ่งไม่สามารถเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดไว้ตามรายการที่ 1.2 ถึง 1.19 ได้และไม่ใช่เป็นการสูญเสียสมรรถภาพในการเดินหรือตมกลืน บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ตามความเห็นของแพทย์ของบริษัท แต่ไม่เกิน 50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในตาราง

ข้อ 2 : ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิงภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนรายสัปดาห์ให้ในจำนวนเงินต่อสัปดาห์ตามที่ระบุไว้ในตารางสำหรับระยะเวลาที่ยังทุพพลภาพอยู่ (สูงสุดไม่เกิน 52 สัปดาห์) หักด้วยจำนวนเงินหรือจำนวนวันส่วนแรกที่ถูกเอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

บริษัทจะเลิกจ่ายค่าทดแทนข้อนี้ทันทีหลังจากมีกรณีต้องจ่ายค่าทดแทนที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1

ข้อ 3 : ทูพพลภาพชั่วคราวบางส่วน

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วนภายใน 180 วันนับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนรายสัปดาห์ให้ในจำนวนเงินต่อสัปดาห์ตามที่ระบุไว้ในตารางตลอดระยะเวลาที่ยังทุพพลภาพอยู่ (สูงสุดไม่เกิน 52 สัปดาห์) หักด้วยจำนวนเงินหรือจำนวนวันส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยต้องรับผิดชอบเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

บริษัทจะเลิกจ่ายค่าทดแทนข้อนี้ทันทีหลังจากมีกรณีที่ต้องจ่ายค่าทดแทนที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 หรือ ข้อ 2

ข้อ 4 : การรักษาพยาบาล

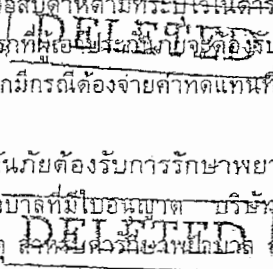
ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ ตามกฎหมาย หรือต้องได้รับการพยาบาลโดยพยาบาลที่มีใบอนุญาต บริษัทจะชดเชยค่าใช้จ่ายที่ผู้เอาประกันภัยได้จ่ายไปจริง ซึ่งเกิดขึ้นภายใน 52 สัปดาห์ นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ สำหรับการพยาบาล แต่ไม่รวมถึงการจ่ายยาพิเศษ ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนเงินที่บริษัทต้องรับผิดชอบไว้ในการวาง หักด้วยจำนวนเงินส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

แต่หากผู้เอาประกันภัยได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐ หรือสวัสดิการอื่นใด หรือจากการประกันภัยอื่นมาแล้ว บริษัท จะรับผิดชอบเพียงจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล และค่าการพยาบาลส่วนที่ขาดเท่านั้น

บ้อยกเว้น

การประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครอง

1. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้
  - ก. การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้ คำว่า "ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา" นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป
  - ข. การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง
  - ค. การได้รับเชื้อโรค ปรสิตร เว้นแต่การติดเชื้อโรค หรือปรสิตที่ยังมีชีวิต หรือโรคกลัวน้ำ ซึ่งเกิดจากบาดแผลที่ได้รับมาจากอุบัติเหตุ
  - ง. การรักษาทางเวชกรรมหรือศัลยกรรม เว้นแต่ที่จำเป็นจะต้องกระทำ เนื่องจากได้รับบาดเจ็บ ซึ่งได้รับความคุ้มครอง ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และได้กระทำภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย
  - จ. การแห้งลูก
  - ฉ. การรักษาฟันหรือการรักษารากฟัน เว้นแต่การรักษาที่ได้เกิดขึ้นภายใน 7 วันนับจากวันเกิดอุบัติเหตุ
  - ช. การเปลี่ยนหรือใส่ฟันปลอม การครอบฟัน หัตถการกรรมประดิษฐ์
  - ซ. อาหารเป็นพิษ
  - ฅ. การปวดหลัง อันมีสาเหตุมาจาก หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท กระดูกสันหลังเลื่อน (Spondylolisthesis) กระดูกสันหลังเสื่อม (Degeneration) หรือ (Spondylosis) กระดูกสันหลังอักเสบ (Spondylitis) และภาวะ Spondylolysis เว้นแต่มีการแตกหัก (Fracture) หรือเคลื่อน (Dislocation) ของกระดูกสันหลังอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
  - ฉ. สงคราม (ไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม) การรุกราน หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือขึ้นต่อต้านรัฐบาล การจลาจล การนัดหยุดงาน
  - ค. อาวุธนิวเคลียร์ การแผ่รังสี หรือกัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใดๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์และกรรมวิธีใดๆ แห่งการแตกแยกตัวทางนิวเคลียร์ ซึ่งดำเนินการติดต่อกันไปโดยตัวของมันเอง
2. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ ที่เกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้
  - ก. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังดำน้ำในน้ำ แข่งรถหรือแข่งเรือทุกชนิด แข่งม้า เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิดรวมถึงเจ็ตสกีด้วย แข่งสกีเกิดขมวอย โคลร่ม (เว้นแต่การโคลร่มเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือเครื่องบิน หรือเล่นบันจีจัมพ์ ปีนหรือไต่เขาที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย ดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศและเครื่องช่วยหายใจใต้น้ำ
  - ข. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี หรือโดยสารรถจักรยานยนต์
  - ค. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีไว้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีไว้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์
  - ง. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขีหรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใดๆ
  - จ. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยเข้าร่วมทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนช่วยให้เกิดการทะเลาะวิวาท
  - ฉ. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรม หรือขณะที่ถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
  - ช. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยปฏิบัติหน้าที่เป็น ทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม แต่หากการเข้าปฏิบัติการเริ่มเกิน 30 วัน บริษัทจะถือเป็นประกันภัย ตั้งแต่ระยะเวลาที่เข้าปฏิบัติการสงคราม หรือปราบปรามนั้น จนถึงวันสิ้นสุดการปฏิบัติการนั้น ส่วนหลังจากนั้นให้กรมธรรม์มีผลบังคับต่อไปจนถึงสิ้นสุดระยะเวลาประกันภัยที่กำหนดไว้ในตาราง.





# 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

(กรณีเกิดอุบัติเหตุจราจร ให้แจ้งหมายเลขรถ, Crime, Flight Number, Etc.)

(Please name and address of hospital)

รพ. ศิริราช  
Siriraj Hospital

บัตรคนไข้เลขที่  
Patient Card No.