



ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาคธุรกิจและผู้ถือหุ้นใหญ่

วิทยาลัยการอาชีพฝาง
 เลขที่..... 0618
 วันที่.. 01 ก.พ. ๒๕๖๖
 เวลา..... 9.06. .. น.

กองโยกย้ายคดีในสังคม

ที่ โทร. 2616/2565

หนังสือเข้าฝ่ายบริหารทรพยากร

พ.บ. 0296 / ๖๖

วันที่ 01 ก.พ. ๒๕๖๖

19 ธันวาคม 2565

เรื่อง ประชาสัมพันธ์โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษาปี 2566

เรียน ผู้บริหารสถานศึกษา

อ้างถึง โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา ปี 2565

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- | | | |
|-----------------------------|-------|--------|
| 1.ใบคำขอเอาประกัน | จำนวน | 1 ชุด |
| 2.โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ | จำนวน | 1 แผ่น |
| 3.เอกสารแนบท้ายความคุ้มครอง | จำนวน | 1 ฉบับ |

ตามที่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้จัดทำประกันภัยสวัสดิการ "โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา" เพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา และครอบครัว นับต่อเนื่องมาตลอดมาเป็นเวลา 24 ปี

ในโอกาสพิเศษครบรอบ 24 ปีนี้ทางบริษัทฯ จึงได้จัดกิจกรรมพิเศษให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษารวมถึงบุตรที่สมัครเอาประกันภัย มีสิทธิในการเข้าร่วมชิงรางวัลทองคำ จำนวน 13 รางวัล มูลค่ารวมกว่า 300,000.- บาท เพื่อร่วมกิจกรรมตอบคำถามที่ว่า "ทำไมถึงต้องมีการประกันภัย" โดยสามารถส่งคำตอบพร้อมแจ้ง ชื่อ -นามสกุล และชื่อโรงเรียนต้นสังกัดมาที่ Line Add : @TIPSSCHOOL บริษัทฯ จะคัดเลือกคำตอบที่โดนใจกรรมการมากที่สุด และประกาศผลให้ทราบผ่านช่องทาง Line@ต่อไป

ทั้งนี้กรมธรรม์ใหม่จะเริ่มมีผลคุ้มครองในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 - 2567 โดยสามารถส่งข้อมูลเพื่อจัดทำประกันภัย และร่วมตอบคำถามชิงรางวัลทองคำได้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม 2566 บริษัทฯ จึงขอความอนุเคราะห์มายังท่านได้โปรดดำเนินการดังนี้

- 1.ประชาสัมพันธ์ให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาในสังกัดโดยทราบทั่วกัน และสำรวจความประสงค์ในการสมัครเอาประกันภัยของครูบุคลากรทางการศึกษา คู่สมรส และบุตรที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป
- 2.ชำระเบี้ยประกันภัยผ่านเคาน์เตอร์ไปรษณีย์ พร้อมส่งใบคำขอเอาประกันภัยต้นฉบับ และแนบใบเสร็จชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยส่งมายังบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ

- 3.บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะดำเนินการจัดทำกรมธรรม์ และจัดส่งบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัยเป็นรายบุคคลภายใน 30 วัน ไปยังสถานศึกษา หรือหน่วยงานของผู้เอาประกัน แล้วแต่กรณี
- พิจารณา จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา บริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความไว้วางใจจากท่าน และขอขอบพระคุณ

- เห็นด้วย
 - เห็นด้วยแต่มีข้อสงสัย
 - เห็นด้วยแต่มีข้อคัดค้าน
 - ไม่เห็นด้วย
 - ไม่ทราบ
-
 (นายวิชาญ วัฒนศิริ)

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิขเรศ สิริมงคล)

<input checked="" type="checkbox"/> ทราบ	<input checked="" type="checkbox"/> มอบ
<input type="checkbox"/> ...	<input checked="" type="checkbox"/> แจ้ง
<input type="checkbox"/> ...	<input type="checkbox"/> อื่นๆ
รองผู้อำนวยการ รักษาการในตำแหน่ง	

(นายวิชาญ วัฒนศิริ)

รองผู้อำนวยการ ฝ่ายบริหารทรพยากร
 ผู้ประสานงานโครงการ (จินทิมา กมพจน์)
 โทร.02-239-2006, 081-833-0568

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
 เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

Dhipaya Insurance Public Company Limited
 1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,
 Yannawa, Bangkok 10120, Thailand.

Tel : +66 (0) 2239 2200 Call Center 1736
 Fax : +66 (0) 2239 2044
 www.dhipaya.co.th

๐๑ ก.พ. ๒๕๖๖

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์: 1728, 0 2239 2200
โทรสาร: 0 2239 2049
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
0107538000533



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY
ใบคำขอเอาประกัน

ต้นฉบับส่งบริษัท

HEAD OFFICE ADDRESS >
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,
Yaenawa, Bangkok 10120
TEL: 1728, 0 2239 2200
FAX: 0 2239 2049
บพ. ๕๖
www.dhipaya.co.th
เลขที่อ้างอิง: 13023000151

App No.

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

<p>วิทยาลัย การอาชีพฝาง</p> <p>ตำบล แม่สุ่น อำเภอ ฝาง จังหวัด เชียงใหม่ 50110 โทร</p>	<p>วิธีการชำระเงิน ชำระเบี้ยประกันทางไปรษณีย์ผ่านระบบ Pay at Post พร้อมแนบ ใบเสร็จรับเงินและใบคำขอเอาประกันมายังบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120 โทร: 0-2239-2172, 0-2239-2006 โทรสาร: 0-2239-2049 ต่อ 2006 หรือส่ง Email : pa_geb@dhipaya.co.th</p>
---	---

- ผู้เอาประกันภัยทุกรายกรอรายละเอียดให้ครบทุกช่อง และเพิ่มเติมเลขบัตรประชาชนสำหรับรายเดิมที่ไม่ได้ระบุไว้ในเอกสารฉบับนี้
- ผู้เอาประกันภัยที่ต้องการเพิ่ม - ลด ทุนประกันภัย ให้ขีดทับ และระบุทุนประกันภัย - เบี้ยประกันภัยที่ต้องการแทน หรือหากไม่ประสงค์ต่อประกันภัยให้ขีดทับทั้งรายการ
- ขอทราบเบอร์ติดต่อ เพื่อสะดวกในการติดต่อประสานงานด้านสินไหม และสำหรับผู้สมัครใหม่ต้องแนบสำเนาบัตรประชาชน

ลำดับ ที่	ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกัน เบอร์โทรติดต่อ	อายุ	บัตรประชาชน	ทุนประกัน	เบี้ยประกัน			ผู้รับผลประโยชน์
					สมาชิก	คู่สมรส	บุตร	
				รวมทั้งหมด				

เบี้ยประกันภัยรวมทั้งสิ้น

ลงชื่อ หัวหน้าส่วนราชการ / หน่วยงาน / สถานศึกษา

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับการชำระด้วยเงินสดเท่านั้น			ใบชำระเบี้ยประกันภัยผ่านเคาน์เตอร์		
เพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107538000533			สาขาผู้รับฝาก.....วันที่...../...../.....		
เงินสด	บาท		SERVICE CODE : DHP		
			ผู้เอาประกัน	วิทยาลัย การอาชีพฝาง	
			Customer No/Ref.1	13023000151	
			Bill No/Ref.2	1765	
<input type="checkbox"/> ร.กรุงเทพฯ เลขที่บัญชี 6303 <input type="checkbox"/> ไปรษณีย์ไทยทั่วประเทศ Pay@Post 906			สำหรับเจ้าหน้าที่		
1010753800053300 13023000151 1765 00					

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่
1115 ถนนพระราม 3 แขวงคลองเตย
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์: 1736, 0 2239 2210
โทรสาร: 0 2239 2049
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
0107538000533



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY
ใบคำขอเอาประกัน

สำนักงาน
HEAD OFFICE ADDRESS :-
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,
Yannawa, Bangkok 10120
TEL. 1736, 0 2239 2200
FAX. 0 2239 2049
โทร. 676
www.dhipaya.co.th
เลขที่อ้างอิง: 13023000151

App No.

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

<p>วิทยาลัย การอาชีวศึกษา ตำบล แม่สุ่น อำเภอ ฝาง จังหวัด เชียงใหม่ 50110 โทร</p>	<p>วิธีการชำระเงิน ชำระเบี้ยประกันทางไปรษณีย์ผ่านระบบ Pay at Post พร้อมแนบ ใบเสร็จรับเงินและใบคำขอเอาประกันมายังบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) 1115 ถนนพระราม 3 แขวงคลองเตย เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120 โทร. 0-2239-2172, 0-2239-2006 โทรสาร. 0-2239-2049 ต่อ 2006 หรือส่ง Email : pa_gcb@dhipaya.co.th</p>
---	---

- ผู้เอาประกันภัยถูกฆาตกรรมโดยเฉียดให้ครบทุกข้อ และเพิ่มเติมเลขบัตรประชาชนสำหรับรายเดิมที่ไม่ได้ระบุไว้ในเอกสารฉบับนี้
- ผู้เอาประกันภัยที่ต้องการเพิ่ม - ลด: ทุนประกันภัย ให้ขีดทับ และระบุทุนประกันภัย - เบี้ยประกันภัยที่ต้องการแทน หรือหากไม่ประสงค์ต่อประกันภัยให้ขีดทับทั้งรายการ
- ขอทราบเบอร์ติดต่อ - เพื่อสะดวกในการติดต่อประสานงานด้านสินไหม และสำหรับผู้สมัครใหม่ต้องแนบสำเนาบัตรประชาชน

ลำดับ ที่	ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกัน เบอร์โทรติดต่อ	อายุ	บัตรประชาชน	ทุนประกัน	เบี้ยประกัน			ผู้รับผลประโยชน์
					สมาชิก	ผู้สมรส	บุตร	
				รวมทั้งหมด				

เบี้ยประกันภัยรวมทั้งสิ้น

ลงชื่อ หัวหน้าส่วนราชการ / หน่วยงาน / สถานศึกษา

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับการชำระด้วยเงินสดเท่านั้น			ใบชำระเบี้ยประกันภัยผ่านเดบิตเตอร์		
เพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107538000533			สาขาผู้รับฝาก.....วันที่.....		
เงินสด	บาท		SERVICE CODE : DHP		
			ผู้เอาประกัน	วิทยาลัย การอาชีวศึกษา	
			Customer No/Ref.1	13023000151	
			Bill No/Ref.2	1765	
<input type="checkbox"/> ธ.กรุงไทย เลขที่บัญชี 6203 <input type="checkbox"/> ไปรษณีย์ไทยทั่วประเทศ Pay@Post 906			สำหรับเจ้าหน้าที่		
1010753800053300 13023000151 1765 00					