



ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

ห้องโยกทุกชีวิตในสังคม

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
รับที่ 415
วันที่ 27 ม.ค. 2569
เวลา 15:03

ที่ รกร. 2910/2568

29 ธันวาคม 2568

เรื่อง ประชาสัมพันธ์โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครู และบุคลากรทางการศึกษา ปี 2569

เรียน ผู้บริหารสถานศึกษา

อ้างถึง โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา ปี 2568

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

ตามที่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้จัดทำประกันภัยสวัสดิการ “โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา” เพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงให้แก่ครู บุคลากรทางการศึกษา และครอบครัว ต่อเนื่องมาตลอดกว่า 20 ปีนั้น

บริษัทฯ จึงขอเรียนมาเพื่อประชาสัมพันธ์โครงการประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา และแจ้งเดือนต่ออายุกรมธรรม์และ สมัครง้อประกันภัยใหม่ ประจำปี 2569

ทั้งนี้กรมธรรม์ใหม่จะเริ่มมีผลคุ้มครองในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2569 - 2570 พร้อมกันทั่วประเทศโดยสามารถส่งข้อมูลเพื่อจัดทำประกันภัยได้ตั้งแต่วันที่ 29 ธันวาคม 2568 - 31 มีนาคม 2569 บริษัทฯ จึงขอความอนุเคราะห์มายังท่านได้โปรดดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ประชาสัมพันธ์ให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาในสังกัดได้ทราบ และสำรวจความประสงค์ในการต่ออายุกรมธรรม์และสมัครง้อประกันภัยใหม่ของครูบุคลากรทางการศึกษา คู่สมรส ที่อายุไม่เกิน 65 ปี และบุตรที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป

2. วิธีการชำระเบี้ยประกันภัยผ่านเคาน์เตอร์ไอพริมนีย์ พร้อมส่งใบคำขอเอาประกันภัยคืนฉบับ และแนบใบเสร็จชำระเงินส่งไปรษณีย์มายัง บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

3. บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะดำเนินการจัดทำกรมธรรม์ และจัดส่งบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัยเป็นรายบุคคลภายใน 30 วัน ไปยังสถานศึกษา หรือหน่วยงานแล้วแต่กรณี ทั้งนี้ท่านสามารถดำเนินการก่อนวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2569 เพื่อให้ได้รับกรมธรรม์ก่อนเปิดภาคเรียน และป้องกันเอกสารสูญหาย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา บริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความไว้วางใจจากท่าน และขอขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิขเรศ ศิริมงคล)

ผู้อำนวยการฝ่ายธุรกิจภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ

ผู้ประสานงานโครงการ (จันทิมา กงหงษ์)
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 2049
www.dhipaya.co.th

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่
1115 ถนนพหลโยธิน แขวงสามยุค
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์ 1766 0 2239 2200

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
0107538000533



บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
DHIPAYA INSURANCE PUBLIC COMPANY

ใบคำขอเอาประกัน

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

ต้นฉบับส่งบริษัท

HEAD OFFICE ADDRESS :-
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,
Yannawa, Bangkok 10120
TEL. 1766 0 2239 2200

184 176
www.dhipaya.co.th

เลขที่อ้างอิง 13026021125

App No.

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา	วิธีการชำระเงิน
ตำบล เสารูปช้าง	ชำระเบี้ยประกันทางไปรษณีย์ผ่านระบบ Pay at Post พร้อมแนบ
อำเภอ เมืองสงขลา	ใบเสร็จรับเงินและใบคำขอเอาประกันมายังบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
จังหวัด สงขลา 10300	1115 ถนนพหลโยธิน แขวงสามยุค นนทบุรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
โทร	โทร. 0-2239-2172, 0-2239-2006 โทรสาร. 0-2239-2049 ต่อ 2006
	หรือส่ง Email : pa_geb@dhipaya.co.th

- ผู้เอาประกันภัยกรุณากรอกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง 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				

เบี้ยประกันรายรวมทั้งสิ้น

ลงชื่อ หัวหน้าส่วนราชการ / หน่วยงาน / สถานศึกษา

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับการชำระด้วยเงินสดเท่านั้น

เพื่อเข้าบัญชี บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107538000533 สาขาผู้รับฝาก..... วันที่...../...../.....

เงินสด	บาท		SERVICE CODE : DHP
ผู้เอาประกัน			มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
Customer No/Ref.1			13026021125
Bill No/Ref.2			1765

ธ.กรุงไทย เลขที่บัญชี 6303

ไปรษณีย์ไทยทั่วประเทศ Pay@Post 905

สำหรับเจ้าหน้าที่

010753800053300 13026021125 1765 00

CBE2631C-3A82-4C93-B7AB-6F26084D65FF