

วันที่ 11 ม.ค. 2566

วิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง
วันที่ ๑๑.๑๓
วันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๖
เวลา ๑๒.๐๕ น.

เรื่อง เสนอประกันอุบัติเหตุ สำหรับนักเรียน นิสิต นักศึกษา ประจำปีการศึกษา 2566

เรียน ท่านผู้อำนวยการ
วิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด(มหาชน) ด้วยประสบการณ์มากกว่า 100 ปี ที่ให้บริการ ครอบคลุมกว่า 15 ประเทศทั่วโลก และมี 60 สาขาในประเทศไทย แอลเอ็มจี เราพร้อมตอบรับความต้องการของคุณในทุก ๆ ด้าน บริษัทต้องขอขอบคุณที่ได้รับเกียรติให้มีโอกาสนำเสนอประกันภัย เพื่อคุ้มครองอุบัติเหตุกลุ่ม สำหรับนักเรียน นิสิต นักศึกษา ประจำปี 2566

ด้วยในปัจจุบันได้เกิดเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นมากมาย และยังส่งผลถึงภัยหรืออุบัติเหตุต่างๆ ที่เกิดขึ้นและเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันนั้นมีมากมายหลายชนิด อีกทั้งทวีความรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิมถึงขั้นเป็นอันตรายที่สร้างความสูญเสียให้กับผู้คนในวงกว้างเกินกว่าที่จะป้องกันได้ การระมัดระวังดูแลเป็นทางหนึ่งที่จะป้องกันหรือลดความรุนแรงได้ แต่สำหรับสถานศึกษาที่มีนักเรียนนักศึกษาอยู่เป็นจำนวนมาก อีกทั้งจะต้องมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกสถานศึกษา การประกันอุบัติเหตุให้แก่แก่นักเรียนนักศึกษาจึงเป็นความจำเป็นอย่างหนึ่งในการที่จะช่วยลดความเสี่ยงความสูญเสียให้แก่แก่นักเรียนที่อาจต้องโชคร้าย ประสบภัยให้ได้รับการเยียวยาตามสมควร ทั้งรัฐบาลและกระทรวงศึกษาธิการต่างมีนโยบายสนับสนุนให้นักเรียนได้มีความคุ้มครองการประกันอุบัติเหตุอย่างถ้วนหน้าด้วย

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เป็นบริษัทประกันภัยที่ได้รับการไว้วางใจ โดยตระหนักถึงความเสี่ยงภัยที่อาจเกิดขึ้นเป็นอย่างจริงจัง จัดทำแผนประกันภัย เพื่อให้นักเรียนนักศึกษาได้รับความคุ้มครองอย่างถูกต้องเหมาะสม และเพียงพอต่อกิจกรรมที่มีขึ้นทั้งในและนอกสถานศึกษา 24 ชั่วโมงตลอดปีการศึกษา นอกจากนี้แล้วยังให้ความคุ้มครองพิเศษสำหรับผู้บริหาร คณาจารย์ ครู อาจารย์ และ เจ้าหน้าที่ของสถานศึกษาที่จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อความสูญเสียของนักเรียน นิสิต นักศึกษา ที่อยู่ภายใต้ในความปกครองดูแลด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบริษัท แอลเอ็มจีประกันภัย จะได้รับมอบความไว้วางใจจากสถานศึกษาของท่านในการจัดทำประกันอุบัติเหตุกลุ่ม สำหรับนักเรียน นิสิต นักศึกษา ประจำปีการศึกษา 2566 นี้

ลงชื่อ ผู้อำนวยการ

ชื่อ นามสกุล

เรียน ผู้อำนวยการ

☒ เพื่อโปรดทราบ

☒ เพื่อโปรดพิจารณา

☒ เห็นควรแจ้ง ร.ร. ๑/พ.

☒ เห็นควรมอบ ร.ร. ๑/พ.

ขอแสดงความนับถือ

(นายประเสริฐ เสียงดี)

ตัวแทนนายหน้า

ใบอนุญาตนายหน้าประกันวินาศภัย

เลขที่ 6204035550

เรียน ผู้อำนวยการ

☒ เพื่อโปรดทราบ

☒ เพื่อโปรดพิจารณา

☒ เห็นควรแจ้ง ร.ร. ๑/พ.

☒ เห็นควรมอบ ร.ร. ๑/พ.

อ.วิ

(นายบัญญัติ กันมาเวียง)

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารทรัพยากร

๑๓ ม.ค. ๒๕๖๖

☒ ทราบ

☐ แจ้ง

☐ มอบ

(นายวิชิต ลีจินดา)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง

17 ม.ค. ๒๕๖๖

โทร. 081 8341388 , 086 5874811

ข้อเสนอการประกันภัย ปี 2566 / Quotation offer

ประเภทการประกันภัย Type of Insurance	การประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม (นักเรียน / นิสิต / นักศึกษา)		
ผู้เอาประกันภัย Insured/Policy holder	วิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง	(เลขประจำตัวผู้เสียภาษี) (Tax ID number)	
ที่อยู่ Address	ด.พระบาท อ.เมือง จ.ลำปาง		
จำนวนผู้เอาประกันภัย (อายุ 3 - 60 ปี) Number of Insured or covered person	จำนวนนักเรียน และ บุคลากร (ที่แถม 10%) นักเรียน.....คน ครู/บุคลากร.....คน รวม.....คน (กรุณาระบุชื่อก่อนออกกรมธรรม์) (Please provide name list)		
ระยะเวลาคุ้มครอง Period of cover	(1 ปี) ตามหนังสือตกลงทำประกัน		

ตารางความคุ้มครอง / Coverages

ความคุ้มครอง (ฉบับ.2) Coverage	จำนวนเงินเอาประกันภัย(บาท) Sum Insured
1.การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ซ้ำหาย การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร Loss of life, Dismemberment and permanent disability due to accident	70,000
2.ทุนเสียชีวิต ทุพพลภาพถาวร สูญเสียอวัยวะเนื่องจากฆาตกรรม ทำร้ายร่างกาย Loss of life due to Murder Assault	35,000
3.ทุนเสียชีวิต ทุพพลภาพถาวร สูญเสียอวัยวะเนื่องจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ Loss of life due to Motorcycle	35,000
4. ทุนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุสาธารณะ / Loss of life due to public accident (รวมความคุ้มครอง ข้อ 1 แล้ว)	140,000
5.ค่าปลงศพกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย / Funeral Expense due to sickness	7,000
6.การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง / Medical expenses due to accident (เลือกสิทธิ์ระหว่างข้อ 6 หรือข้อ7)	7,000
7.ค่าชดเชยผู้ป่วยนอก OPD จากอุบัติเหตุ เหน็บจ่ายต่ออุบัติเหตุ รพ., คลินิก (ไขใบรับรองแพทย์ที่ระบุสาเหตุในการเบิก) - อนามัย เหน็บจ่าย 100 บาท ต่อ อุบัติเหตุแต่ละครั้ง (เลือกสิทธิ์ระหว่างข้อ 6 หรือข้อ7)	300
7.1.ค่าชดเชยผู้ป่วยใน IPD จากอุบัติเหตุ (สูงสุด 30 วันต่อปี) เบิกได้ไม่เกิน ค่ารักษาพยาบาลที่ชื่อไว้ / Other expenses due to IPD accident (maximum 30 days). (เลือกสิทธิ์ระหว่างข้อ 6 หรือข้อ7.1)	500
8.การประกันภัยความรับผิดของสถานศึกษาต่อนักเรียน (จำนวนเงินคุ้มครองต่อคน สูงสุดต่อกรมธรรม์ไม่เกิน) School liability per person & per policy is not more than (คุ้มครองกรณี นักเรียนทำประกันเกิน 100 คนขึ้นไป)	70,000
9.คุ้มครองความรับผิดของสถานศึกษา (สูงสุดไม่เกิน) / School liability in aggregate	7,000,000
10.ทุนเสียชีวิต ครู บุคลากร เนื่องจากอุบัติเหตุทั่วไป / Loss of life due to accident for school staff	70,000
11.ทุนเสียชีวิต ครู บุคลากร เนื่องจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์-อุกซกรรม ทำร้ายร่างกาย	35,000
12.ค่ารักษาพยาบาล ครู บุคลากร / Medical expenses due to accident for school staff	7,000
เบี้ยประกันภัยสุทธิ (ต่อหนึ่งท่าน) /Net premium (per person)	200

หมายเหตุ (Remark) :

1. เบี้ยประกันภัยข้างต้นรวมอากรแสตมป์ 0.4%
2. ข้อเสนอนี้มีผลบังคับภายใน 60 วัน (นับจากวันที่ออกข้อเสนอ)
3. ผู้เอาประกันภัยมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรงไม่มีส่วนใดที่การไปเคยเสพยาเสพติดให้โทษร้ายแรง ไม่มีโรคประจำตัวและไม่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วย
เรื้อรังในขณะทำสัญญา
4. เงื่อนไขทั่วไปและข้อกำหนด ข้อยกเว้น และรายละเอียดความคุ้มครองให้เป็นไปตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ไม่มีกรณี ผู้เอาประกันภัยต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้วนำเอกสารมาเบิกกับบริษัทฯ ภายหลัง
6. ทรัพย์สินครุภัณฑ์ 10% ของจำนวนนักเรียนที่ทำประกันภัย

ข้อตกลงหรือเงื่อนไขอื่นๆ (ถ้ามี) Additional agreement or condition (If any)

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยมีการระบุชื่อผู้รับประโยชน์ไว้ หนังสือที่ระบุชื่อผู้รับประโยชน์นั้น บริษัทต้องได้รับและให้ความเห็นชอบจากบริษัทก่อนวันที่
ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต มิเช่นนั้นแล้วหากผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตบริษัทจะจ่ายเงินผลประโยชน์ใดๆภายใต้ข้อกำหนดกรมธรรม์ให้แก่กองมรดกของ
ผู้เอาประกันภัยหรือตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น บริษัทจะไม่รับผิดชอบถ้าได้จ่ายจำนวนเงินอันพึงชดใช้ตามสัญญาประกันภัยให้แก่กองมรดก
หรือกฎหมายกำหนดไปโดยไม่พยามถึงการแจ้งหรือเปลี่ยนผู้รับประโยชน์แต่อย่างใด

เว้นแต่จะได้มีการตกลงกันไว้เป็นอย่างอื่นโดยมีหลักฐานเป็นหนังสือที่ลงนามร่วมกันทั้งสองฝ่ายเท่านั้น

ขอแสดงความนับถือ

ขอชื่นชมท่านประกันภัยตามข้อเสนอดังกล่าวข้างต้น

(นายประเสริฐ เสียงดี)
ตัวแทนนายหน้า

โดย..... (ประทับตรา ร.ร.)

มีผลบังคับตั้งแต่วันที่.....

ใบอนุญาตนายหน้าประกันวินาศภัย เลขที่.....6204035550.....

หนังสือแจ้งตกลงทำประกันภัย ปี 2566

วิทยาลัยสารพัดช่างลำปาง

ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....

วันที่.....

เรื่อง แจ้งการทำประกันภัยนักเรียน / นักศึกษา
เรียน บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....โทร.....เป็นผู้มีอำนาจ
กระทำการแทนโรงเรียน/วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย.....ระดับชั้นเรียนที่เปิดสอนตั้งแต่ชั้น.....ถึงชั้น.....ซึ่งมีนักเรียน/นักศึกษาที่ลงทะเบียน
เรียนทั้งหมด.....คน ครู อาจารย์ และเจ้าหน้าที่.....คน

มีความประสงค์ที่จะทำประกันภัยให้แก่ นักเรียน / นักศึกษา โดยมีรายละเอียดของการประกันภัย ดังนี้

1. จำนวนนักเรียนทำประกันภัย.....คน โดย ☐ ส่งรายชื่อมาด้วยแล้ว ☐ จะส่งรายชื่อภายหลัง
2. ครู อาจารย์ และเจ้าหน้าที่.....คน โดย ☐ ส่งรายชื่อมาด้วยแล้ว ☐ จะส่งรายชื่อภายหลัง
3. ระยะเวลาคุ้มครอง 1 ปี เริ่มตั้งแต่วันที่...../...../..... เวลา 16.30 น.
4. แผนการประกันภัยที่เลือก (ฟ้าเครื่องหมาย ☒ ตรงหน้าแผนที่เลือก)

การประกันภัยอุบัติเหตุสำหรับ นักเรียน นิสิต นักศึกษา แผนเลือกสิทธิ์ อบ.2							
เสียชีวิต ทุพพลภาพถาวร สูญเสียอวัยวะ จากอุบัติเหตุทั่วไป (1)	เสียชีวิต ทุพพลภาพถาวร สูญเสียอวัยวะ จากถูกฆาตกรรม หรือข่มขืนหรือขืนด้วย รถจักรยานยนต์ (2)	ค่าปลงศพ เสียชีวิตจาก โรคภัยไข้เจ็บ (3)	เสียชีวิตจาก อุบัติเหตุสาธารณะ รวมความ คุ้มครอง ข้อ (1) แล้ว (4)	ความรับผิดชอบของ สถานศึกษาที่มีต่อนักเรียน (5)		ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง (เลือกสิทธิ์ใดสิทธิ์หนึ่งเท่านั้น) (6)	เบี้ย ประกันภัย
				ต่อคน	ตลอดปี ไม่เกิน		
70,000	35,000	7,000	140,000	70,000	7,000,000	ค่ารักษาพยาบาล 7,000 ต่อครั้ง ค่ารถ ค่าเข้าใช้ ผู้ป่วยใน 500 บาท/คืน ผู้ป่วยนอกเหมา 300 บาทต่ออุบัติเหตุ	200

ในการทำประกันภัยนี้ โรงเรียน / วิทยาลัย/มหาวิทยาลัย ได้มอบอำนาจให้.....ตำแหน่ง.....
โทรศัพท์.....id line.....Email.....เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการแทน ดังนี้

1. รับเงินค่าสินไหมทดแทนจาก บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามเงื่อนไขกรมธรรม์การประกันภัยอุบัติเหตุสำหรับ นักเรียน นิสิต นักศึกษา ดังกล่าวมาข้างต้นในนามของ
ผู้มีมอบอำนาจ ไม่ว่าจะเป็นการสั่งจ่ายเป็นเงินสด เช็ค ดราฟต์ หรือโดยวิธีอื่นใด
2. การทำสัญญาโอนสิทธิ์เรียกร้องหรือรับโอนสิทธิ์เรียกร้องในค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวได้ การติดต่อประสานงานอันเกี่ยวกับการทำสัญญาประกันภัย การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
การไต่สวนค่า การชี้แจง การรับหรือส่งเอกสาร ลงนามรับรองเอกสาร ตลอดจนกระทำการอื่นใดที่เกี่ยวข้องจนเสร็จการ
3. ให้ผู้รับมอบอำนาจมีอำนาจมอบอำนาจช่วงให้กับบุคคลอื่นใดกระทำการตาม ข้อ 1 แทนได้และต้องแนบบัตร ปชช. หรือบัตรข้าราชการทุกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไป
ขอแสดงความนับถือ

ประทับตราสถาบัน

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ : ในการลงนามหนังสือตกลงทำประกันภัย ต้องแนบสำเนาบัตรข้าราชการ หรือ สำเนาบัตร ปชช.

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่ โรงเรียน.....

วันที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

☐ บัตรประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ เลขที่.....ออกเมื่อวันที่.....

หมดอายุวันที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....บัตรประชาชนเลขที่.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการดังต่อไปนี้

☒ ติดต่อประสานงานด้านเอกสารต่างๆกับ บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

☒ ดำเนินการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน จาก บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ตามกรมธรรม์เลขที่.....เริ่มคุ้มครอง.....สิ้นสุด.....

โคอโณเงินผ่านบัญชี ธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่.....ชื่อบัญชี.....

ทั้งนี้ให้ผู้รับมอบอำนาจมีอำนาจให้ถ้อยคำชี้แจง รับหรือส่งเอกสาร การลงลายมือชื่อ ตลอดจนการกระทำการใดๆ

เพื่อให้บรรลุผลแห่งการมอบอำนาจนี้ โดยผู้รับมอบอำนาจไม่มีอำนาจแต่งตั้งตัวแทนช่วง การใดที่ผู้รับมอบอำนาจ

ได้กระทำการไปแทนในนามของข้าพเจ้าภายในขอบเขตที่ให้ไว้ในหนังสือฉบับนี้ ให้ถือเสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำ

ด้วยตนเองทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ประทับตรา

สถาบัน

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หนังสือแจ้งแต่งตั้งผู้ดำเนินการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ทำที่.....

วันที่.....

เรื่อง แต่งตั้งผู้ดำเนินการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

เรียน บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในฐานะ ผู้รับประกันภัย

ตามที่ โรงเรียน

ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ได้ทำสัญญาประกันภัย ประเภท..... กับ บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

กรมธรรม์เลขที่..... เริ่มคุ้มครองวันที่..... สิ้นสุดวันที่..... นั้น

ข้าพเจ้า โรงเรียน..... โดย.....

ในฐานะผู้อำนวยการโรงเรียนผู้เอาประกัน ขอแจ้งให้ บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ทราบว่า ข้าพเจ้ามีความ

ประสงค์ แต่งตั้งให้นาย..... ตำแหน่ง.....

บัตรประชาชน/บัตรราชการ เลขที่..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... เป็นผู้มำนาจดำเนินการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

จากบริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) แทนข้าพเจ้า โดยการใดที่นาย.....

ได้กระทำไปตามความข้างต้น ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ดำเนินการเองและมีผลผูกพันตามกฎหมาย และ

มีความประสงค์ให้ทางบริษัทฯ โอนเงินค่าสินไหมชดเชยธุรณาการ.....

สาขา..... เลขที่..... ชื่อบัญชี.....

ทั้งนี้ ให้มีผลบังคับตั้งแต่วันที่..... เป็นต้น ไปจนกว่าจะสิ้นสุดระยะเวลาคุ้มครอง

ตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย

เมื่อบริษัทฯ ได้จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนเข้าบัญชีดังกล่าวแล้วให้ถือว่าบริษัทฯ ได้จ่ายค่าสินไหมทดแทนให้

โรงเรียน.....ในฐานะผู้เอาประกันภัยโดยครบถ้วน และถูกต้องแล้ว หากเกิดความ

เสียหายใดๆขึ้นกับบริษัทฯ เพราะได้กระทำการตามความประสงค์ของข้าพเจ้าในครั้งนี้ ข้าพเจ้าตกลงรับผิดชอบใช้ค่าเสียหาย

ทั้งหมดพร้อมด้วยดอกเบี้ยในอัตราร้อยละสิบห้าต่อปีให้กับบริษัทฯ ภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่ทวงถาม.

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

ผู้อำนวยการ

โรงเรียน.....

กรุณาระบุสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ของ ผู้อำนวยการ/ผู้มีอำนาจลงนาม