คณะเทคโนโลยีการเกษตรและ
เทคโนโลยีอุตสาหกรรม
เลขที่รับ 1633/60 วันที่ 25 ต.ค. 2560
เลขที่ส่ง.....วันที่.....

ที่ ศธ ๕๒๐๕.๑/ 15535

มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี
เลขรับ 5691
วันที่ 25 ต.ค. 2560
เวลา

สำนักงานคณะกรรมการ สกสค.
๑๒๘/๑ ถนนนครราชสีมา
เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

เรียน หัวหน้าสถานศึกษา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบคำขอเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๑ ชุด
๒. เอกสารแนบท้ายความคุ้มครอง จำนวน ๑ แผ่น
๓. โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์โครงการ จำนวน ๑ แผ่น
๔. ใบคำขอเข้าร่วมโครงการ (ฟอร์มเปล่า) จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ร่วมกับ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จัดสวัสดิการ "โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา" เพื่อเป็นหลักประกันความมั่นคงให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา และครอบครัว นับต่อเนื่องมาตลอด โดยสำนักงานคณะกรรมการ สกสค. ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล และประสานประโยชน์ให้ครูและบุคลากรทางการศึกษา ผู้เอาประกันได้รับการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ ด้วยความถูกต้อง ยุติธรรม และรวดเร็ว นั้น

บัดนี้ กรมธรรม์เดิมที่มีผลคุ้มครองเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ เวลา ๑๒.๐๐ น. และสิ้นสุดวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เวลา ๑๒.๐๐ น. ใกล้สิ้นสุดลงแล้ว สำนักงานคณะกรรมการ สกสค. จึงขอความอนุเคราะห์หน่วยงานของท่าน เพื่อการดำเนินโครงการฯ ดังนี้

๑. ประชาสัมพันธ์ให้ครูและบุคลากรทางการศึกษาในสังกัดทราบโดยทั่วกัน

๒. สำรวจความประสงค์ในการต่ออายุผู้เอาประกันของครู บุคลากรทางการศึกษา คู่สมรส และบุตรที่มีอายุ ๖ ปีขึ้นไป (ถ้ามี) ตามรายชื่อในใบคำขอเอาประกันที่ส่งมาด้วย (๑) และสมาชิกรายใดไม่ประสงค์ต่ออายุให้ขีดฆ่าออกทั้งรายการ สมาชิกรายใดประสงค์เพิ่มหรือลดทุนประกันให้ขีดฆ่าเฉพาะทุนและเบี้ยประกันออก และกรอกทุนพร้อมเบี้ยประกันที่ต้องการแทน

๓. กรณีมีผู้เอาประกันรายใหม่ โปรดกรอกรายละเอียดในใบคำขอเอาประกันให้ครบทุกช่อง ต่อท้ายรายชื่อผู้เอาประกันเดิม พร้อมแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนรับรองสำเนาถูกต้อง

๔. กรมธรรม์มีผลคุ้มครอง เริ่มต้นตั้งแต่วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ เวลา ๑๒.๐๐ น. และสิ้นสุดวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ เวลา ๑๒.๐๐ น.

๕. ส่งใบคำขอเอาประกันต้นฉบับ ที่ชำระเงินค่าเบี้ยประกันผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสไปรษณีย์ พร้อมแนบใบเสร็จรับเงินและใบคำขอเอาประกัน ไปยัง บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ ๑๑๑๕ ถนนพระราม ๓ แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ ๑๐๑๒๐ โดยระบุมุมซองจดหมาย "โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ฯ" ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนถึงวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑

กรณีที่ส่งใบคำขอเอาประกันพร้อมเงินค่าเบี้ยประกันภายหลังวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ จะถือวันเริ่มต้นการคุ้มครองตามวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ

/๖. บริษัท...

๖. บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะจัดส่งบัตรประจำตัวผู้เอาประกันเป็นรายบุคคล ภายใน ๓๐ วัน ไปยังสถานศึกษา หรือหน่วยงานของผู้เอาประกัน แล้วแต่กรณี

๗. รายละเอียดความคุ้มครอง ข้อยกเว้นและการจ่ายค่าสินไหมทดแทนของโครงการฯ ปรากฏอยู่ด้านหลังใบคำขอเอาประกันตามที่ส่งมาด้วย (๑)

๘. จำนวนทุนประกัน อัตราค่าเบี้ยประกันต่อปี ค่าดำเนินการที่หักไว้และค่าเบี้ยประกันที่ต้องนำส่งบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ดังนี้

ที่	ทุนประกัน (บาท)	ผู้เอาประกันจ่ายต่อปี/บาท	หน่วยงานหักค่าดำเนินการไว้ (บาท)	นำส่งบริษัท (บาท)
๑.	๓๐๐,๐๐๐	๓๑๕	๑๕	๓๐๐
๒.	๕๐๐,๐๐๐	๕๒๕	๒๕	๕๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอความอนุเคราะห์ โดยประสานงานกับสำนักงาน สกสค. จังหวัด ในการดำเนินการด้วย จะขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

เรียน ผอ. สกสค.
เพื่อโปรดทราบ/เห็นควรมอบให้
ลงชื่อ ศนอ. (ภธาดิณ)
แจ้งเวียนทุกหน่วยงาน
22 ธ.ค. 2560

(นายสำเริง กุจิรพันธ์)
รองเลขาธิการคณะกรรมการ สกสค. ปฏิบัติการแทน
เลขาธิการคณะกรรมการ สกสค.

กลุ่มส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพ
สำนักสวัสดิการและสวัสดิภาพ
โทร./โทรสาร ๐ ๒๒๘๐ ๒๙๐๖

เรียน คณบดี
เพื่อโปรดทราบ / เห็นควรมอบให้
ประสาร์ ไชยพินิจ
25 ธ.ค. 2560

ผู้ช่วยคณบดี
ฝ่ายวิจัย
๒๕ ธ.ค. ๒๕๖๐

โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา

ความคุ้มครอง ฯลฯ (โปรดดูรายละเอียดหน้าขวามือ)

ระยะเวลาประกัน

เริ่มต้น เมื่อบริษัทฯ ได้รับใบสมัครนี้พร้อมค่าเบี้ยประกันถูกต้องตามหลักเกณฑ์ภายในวันที่ 31 มีนาคม โดยถือตราประทับของไปรษณีย์เป็นสำคัญ

สิ้นสุด วันที่ 20 กุมภาพันธ์ เวลา 12.00 น.

เบี้ยประกันตามระยะเวลาเอาประกันภัย

ทุนประกันภัย	เบี้ยประกันภัยต่อปี
ก. 300,000.- บาท	315. บาท
ข. 500,000.- บาท	525. บาท

คุณสมบัติผู้เอาประกัน

1. เป็นครูและบุคลากรทางการศึกษา หรือเป็นคู่สมรส หรือผู้เอาประกันที่ขอต่ออายุการเอาประกันที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี และยังสามารถต่ออายุกรมธรรม์ได้ถึง 65 ปี
2. บุตรของครูและบุคลากร ที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป สามารถทำประกันภัยทุน 300,000 บาท เบี้ยประกันภัย 315 บาท

ผู้รับประกัน บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) Tel. 0-2239-2172, 0-2239-2006, 0-2239-2934
Fax. 0-2239-2049 ต่อ 2006

ผู้ดูแลผลประโยชน์ของผู้เอาประกัน

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู และบุคลากรทางการศึกษาจะเป็นผู้ดูแลการจ่ายสินไหมทดแทนให้เป็นไปด้วยความเป็นธรรมและรวดเร็ว แทนผู้เอาประกันภัยทั้งหมดในโครงการ

ค่าจัดการสำหรับส่วนราชการ หรือหน่วยงาน หรือสถานศึกษา

ทุนประกัน	ผู้เอาประกันจ่ายเบี้ยประกันต่อปีหักเป็นค่าจัดการไว้รายละ		เบี้ยประกันสุทธิที่ต้องส่ง
ก. 300,000.- บาท	315.- บาท	15.- บาท	300.- บาท
ข. 500,000.- บาท	525.- บาท	25.- บาท	500.- บาท

หมายเหตุ โปรดใช้เพียงอัตราเบี้ยประกันในช่องนี้ในการกรอกใบสมัครและชำระเงินค่าเบี้ยประกันเท่านั้น

คำเตือน - ความคุ้มครอง ตามใบสมัครนี้จะเกิดขึ้นต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินค่าเบี้ยประกันแล้วเท่านั้น
- หมดเขตรับสมัครวันที่ 31 มีนาคม

รายละเอียดความคุ้มครอง ข้อยกเว้น และการจ่ายค่าสินไหมทดแทนสำหรับการประกันตามใบสมัครนี้

แบบ อบ.1 ตามมาตรฐานของกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

ความคุ้มครอง การประกันภัยนี้ให้ความคุ้มครองความสูญเสีย อันเกิดจากความบาดเจ็บจากปัจจัยภายนอกร่างกายของผู้เอาประกันภัยตลอด 24 ชั่วโมงไม่ว่าจะอยู่ในระหว่างหน้าที่ หรือนอกเวลาทำงาน รวมทั้งการเดินทางไม่ว่าจะเป็นการเดินทางโดย รถยนต์ เรือ หรือเครื่องบินพาณิชย์ที่มีเส้นทางบินโดยปกติ โดยอุบัติเหตุและเกิดผลดังนี้

		จ่ายค่าสินไหมทดแทน
ผลข้อ 1	การเสียชีวิต	
	1.1 กรณีความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้เสียชีวิตภายใน 180 วัน นับแต่วันเกิดอุบัติเหตุ	100% ของทุนประกัน
ผลข้อ 2	การสูญเสียอวัยวะและสายตา	
	2.1 สูญเสียมือสองข้าง หรือเท้าสองข้างตั้งแต่ข้อมือหรือข้อเท้า หรือสายตาสองข้าง หรืออย่างละหนึ่งข้าง รวมกันสองอย่างขึ้นไป	100% ของทุนประกัน
	2.2 สูญเสียมือหรือเท้าตั้งแต่ข้อมือหรือข้อเท้าหนึ่งข้างหรือสายตาหนึ่งข้าง	60% ของทุนประกัน
ผลข้อ 3	ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานได้ตลอดไป ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับ ทำให้ตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงภายใน 180 วัน นับแต่วันเกิดอุบัติเหตุและทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นได้เป็นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือน	100% ของทุนประกัน

ข้อยกเว้น การประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครอง

1. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้
   - ก. การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้ คำว่า "ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา" นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้มีอเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป
   - ข. การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง
   - ค. การได้รับเชื้อโรคปรสิต เว้นแต่การติดเชื้อโรค หรือบาดทะยัก หรือโรคกลัวน้ำ ซึ่งเกิดจากบาดแผลที่ได้รับมาจากอุบัติเหตุ
   - ง. การรักษาทางเวชกรรมหรือศัลยกรรม เว้นแต่ที่จำเป็นจะต้องกระทำเนื่องจากได้รับบาดเจ็บซึ่งได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และได้กระทำภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย
   - จ. การแห้งอูก
   - ฉ. การรักษาฟันหรือการรักษารากฟัน เว้นแต่การรักษาที่ได้เกิดขึ้นภายใน 7 วันนับจากวันเกิดอุบัติเหตุ
   - ช. การเปลี่ยนหรือใส่ฟันปลอม การครอบฟัน ทันตกรรมประดิษฐ์
   - ซ. อาหารเป็นพิษ
   - ฌ. การปวดหลัง อันมีสาเหตุมาจาก หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท กระดูกสันหลังเลื่อน (Spondylolisthesis) กระดูกสันหลังเลื่อน (Degeneratation หรือ (Spondylosis) กระดูกสันหลังอักเสบ (Spondylitis) และภาวะ Spondylolysis เว้นแต่มีการแตกหัก (Fracture) หรือเคลื่อน (Dislocation) ของกระดูกสันหลังอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
   - ญ. สงคราม (ไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม) การรุกราน หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ การที่ประชาชนก่อความวุ่นวาย ถึงขนาดลุกฮือขึ้นต่อต้านรัฐบาล การจลาจล การบัดพลุสงคราม
   - ฎ. อาวุธนิวเคลียร์ การแผ่รังสี หรือกัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใด ๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียและกรรมวิธีใด ๆ แห่งการแตกแยกตัวทางนิวเคลียร์ ซึ่งดำเนินการติดต่อกันไปโดยตัวของมันเอง
2. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ ที่เกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้
   - ก. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยล่าสัตว์ในป่า แข่งรถหรือแข่งเรือทุกชนิด แข่งน้ำ เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิดรวมถึงเจ็ตสกีด้วย แข่งสเก็ตชกมวย โดดร่ม (เว้นแต่การโดดร่มเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบลลูน หรือเครื่องร่อน เช่นบันจี้จั๊มพ์ ปีนหรือไต่เขาที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย ดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศและเครื่องช่วยหายใจใต้น้ำ
   - ข. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์
   - ค. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มิได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมิได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์
   - ง. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี่หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใด ๆ
   - จ. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยเข้าร่วมทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนชั่วยุให้เกิดการทะเลาะวิวาท
   - ฉ. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรม หรือขณะที่ถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
   - ช. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยปฏิบัติหน้าที่เป็น ทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม แต่หากการเข้าปฏิบัติการนั้นเกิน 30 วัน บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัย ตั้งแต่ระยะเวลาที่เข้าปฏิบัติการสงคราม หรือปราบปรามนั้น จนถึงวันสิ้นสุดการปฏิบัติการนั้น ส่วนหลังจากนั้นให้กรมธรรม์มีผลบังคับต่อไปจนสิ้นสุดระยะเวลาประกันภัยที่กำหนดไว้ในตาราง

ความคุ้มครองเพิ่มเติม สำหรับสาเหตุดังต่อไปนี้ (แถมให้โดยไม่ได้คิดเบี้ยประกันเพิ่มแต่อย่างใด)

1.	สำหรับ ภัยมาตกรรม	50% ของทุนประกัน
2.	สำหรับ ภัยขับขี่และโดยสารรถจักรยานยนต์	30% ของทุนประกัน

ต้นฉบับส่งบริษัท

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคคลากรทางการศึกษา

ใบคำขอเอาประกัน

App No. 94411301700008775 **โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา** เลขที่อ้างอิง 14001-130-170009006

มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครสวรรค์
398 ม. 9
ตำบล นครสวรรค์ตก
อำเภอ เมือง
จังหวัด นครสวรรค์ 60000
โทร

วิธีการชำระเงิน
ชำระเบี้ยประกันทางไปรษณีย์ผ่านระบบ Pay at Post พร้อมแนบ
ใบแจ้งรับเงินและใบคำขอเอาประกันมายังบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
โทร.0-2239-2172, 0-2239-2006, 0-2239-2934, โทรสาร 0-2239-2049 ต่อ 2006
หรือส่ง Email : pa_geb@dhipaya.co.th
สามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.otep.go.th

- ผู้เอาประกันกรุณากรอกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน
- สมาชิกที่ต้องการเพิ่ม-ลดทุนประกัน ให้ขีดทับ และระบุทุน-เบี้ยประกันที่ต้องการแทน หรือ หากไม่ประสงค์จะต่อประกันให้ขีดทับทั้งรายการ

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกัน	อายุ	บัตรประชาชน	ทุนประกัน	เบี้ยประกัน			ผู้รับผลประโยชน์
					สมาชิก	คู่สมรส	บุตร	
1	นาง วราพรรณ ประกอบเพียร	58	3530800311035	300,000.00	300.00	0.00	0.00	ด.ญ. ทิตาพันธุ์ ประกอบเพียร
2	นางสาว พิชชาพร ชาตะรูปะ	54		300,000.00	300.00	0.00	0.00	นางสาว สุนันท์ ชาตะรูปะ
3	นาย ประยุทธ สุระเสนา	49		500,000.00	500.00	0.00	0.00	นาย บุญเกตุ สุระเสนา
4	นาย ประสพ ยลสิริธัม	49		500,000.00	500.00	0.00	0.00	นาง กาญจนา ยลสิริธัม
5	นาง กาญจนา ยลสิริธัม	47		500,000.00	500.00	0.00	0.00	นาย ประสพ ยลสิริธัม
	รวมค่าเบี้ยประกันทั้งสิ้น				2,100.00	0.00	0.00	

ลงชื่อ ..... หัวหน้าส่วนราชการ / หน่วยงาน / สถานศึกษา

สำหรับเคาน์เตอร์ไปรษณีย์ ชำระเบี้ยประกันผ่านระบบ Pay at Post

ยอดเงินสด จำนวน บาท

จำนวนเงินตัวอักษร

|0107538000533300 94411301700008775 20180220 00|

SERVICE CODE : DHP

ชื่อผู้เอาประกันภัย **มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครสวรรค์**

App No/ Ref.1 **94411301700008775**

Effective date/Ref.2 **20180220**

สำเนา

สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครู
และบุคคลากรทางการศึกษา

ใบคำขอเอาประกัน

App No. 94411301700008775 **โครงการประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลหมู่ให้แก่ครูและบุคลากรทางการศึกษา** เลขที่อ้างอิง 14001-130-170009006

มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครสวรรค์
398 ม. 9
ตำบล นครสวรรค์ตก
อำเภอ เมือง
จังหวัด นครสวรรค์ 60000
โทร

วิธีการชำระเงิน
ชำระเบี้ยประกันทางไปรษณีย์ผ่านระบบ Pay at Post พร้อมแนบใบเสร็จรับเงินและใบคำขอเอาประกันมายังบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120
โทร.0-2239-2172, 0-2239-2006, 0-2239-2934, โทรสาร 0-2239-2049 ต่อ 2006
หรือส่ง Email : pa_geb@dhipaya.co.th
สามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ www.otep.go.th

- ผู้เอาประกันกรุณากรอกรายละเอียดให้ครบทุกช่อง พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน
- สมาชิกที่ต้องการเพิ่ม-ลดทุนประกัน ให้ขีดทับ และระบุทุน-เบี้ยประกันที่ต้องการแทน หรือ ทากไม่ประสงค์จะต่อประกันให้ขีดทับทั้งรายการ

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล ผู้เอาประกัน	อายุ	บัตรประชาชน	ทุนประกัน	เบี้ยประกัน			ผู้รับผลประโยชน์
					สมาชิก	คู่สมรส	บุตร	
1	นาง วราพรรณ ประกอบเพียร	58	3530800311036	300,000.00	300.00	0.00	0.00	ด.ญ. ทิตาพันธุ์ ประกอบเพียร
2	นางสาว พิชชาพร ชาตะรูปะ	54		300,000.00	300.00	0.00	0.00	นางสาว สุนันท์ ชาตะรูปะ
3	นาย ประยุทธ สุระเสนา	49		500,000.00	500.00	0.00	0.00	นาย บุญเกตุ สุระเสนา
4	นาย ประสพ ยลสิริธัม	49		500,000.00	500.00	0.00	0.00	นาง กาญจนา ยลสิริธัม
5	นาง กาญจนา ยลสิริธัม	47		500,000.00	500.00	0.00	0.00	นาย ประสพ ยลสิริธัม
	รวมค่าเบี้ยประกันทั้งสิ้น				2,100.00	0.00	0.00	

ลงชื่อ ..... หัวหน้าส่วนราชการ / หน่วยงาน / สถานศึกษา

สำหรับเคาน์เตอร์ไปรษณีย์ ชำระเบี้ยประกันผ่านระบบ Pay at Post

ยอดเงินสด จำนวน บาท

จำนวนเงินตัวอักษร

|010753800053300 94411301700008775 20180220 00

SERVICE CODE : DHP

ชื่อผู้เอาประกันภัย **มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครสวรรค์**

App No/ Ref.1 **94411301700008775**

Effective date/Ref.2 **20180220**