งานสวัสดิการนักเรียน นักศึกษา
วิทยาลัยอาชีวศึกษาชลบุรี

คู่มือขั้นตอนการเบิกเคลมประกันอุบัติเหตุ

บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน)

คำนำ

คู่มือขั้นตอนเบิกเคลมประกันอุบัติเหตุ บริษัทวิริยะประกันภัย จำกัด มหาชน โดยงานสวัสดิการนักเรียน นักศึกษา วิทยาลัยอาชีวศึกษาชลบุรี ประจำปีการศึกษา 2563 จัดทำขึ้นเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจแก่นักเรียน นักศึกษา และเป็นแนวทางในการปฏิบัติในการเบิกเคลมประกันอุบัติเหตุ ให้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

งานสวัสดิการนักเรียน นักศึกษา หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์กับคณะผู้บริหาร ครู บุคลากรทางการศึกษา รวมทั้งนักเรียน นักศึกษา ที่อาจได้รับอุบัติเหตุได้ในอนาคต

งานสวัสดิการนักเรียน นักศึกษา
วิทยาลัยอาชีวศึกษาชลบุรี

สารบัญ

หน้า

ขั้นตอนการทำเบิกเคลมประกัน 4
เอกสารที่ใช้แนบ 5
ตัวอย่างแบบร้องค่ารักษาพยาบาลทั่วไป 6
ตัวอย่างใบรับรองแพทย์ (โรงพยาบาลวิทยาลัยบูรพา) 7
ตัวอย่างใบรับรองแพทย์ (โรงพยาบาลชลบุรี) 8
ตัวอย่างใบเสร็จรับเงิน (โรงพยาบาลมาวิทยาลัยบูรพา) 9
ตัวอย่างใบเสร็จรับเงิน (โรงพยาบาลชลบุรี) 10
ตัวอย่างใบแจ้งความ 11
เอกสารอื่นๆ 12

ขั้นตอนการทำเบิกเคลมประกัน

1) นักเรียน นักศึกษา ส่งเอกสารเบิกเคลมที่งานสวัสดิการนักเรียน นักศึกษา
2) งานสวัสดิการนักเรียน นักศึกษา ทำบันทึกปะหน้า นำเอกสารส่งบริษัท วิระยะประกันภัย จำกัด มหาชน ***ทุกวันที่ 15 ของเดือน***
3) บริษัทฯ รับเอกสาร ดำเนินการ ใช้เวลา 15 วันทำการ
4) บริษัทฯ *ส่งเอกสาร พร้อมเงินเบิกให้กับวิทยาลัยอาชีวศึกษาชลบุรี*
5) งานสวัสดิการฯ แจ้งผู้ติดต่อขอเคลมประกัน เพื่อรับเงินตามลำดับ

หมายเหตุ :

1. **กรณีนักเรียน นักศึกษาที่ประสบอุบัติเหตุจากการจราจร จะต้องทำเรื่องเบิก พรบ. ให้เสร็จสิ้นก่อน แล้วส่วนที่เกินจาก พรบ. จึงจะสามารถเบิกประกันได้ แต่ถ้าไม่มี พรบ. ดังกล่าว บริษัทประกันไม่สามารถเบิกจ่ายได้**

2. **ใบเสร็จรับเงิน, ใบรับรองแพทย์ หากมีบริเวณให้ลงลายมือชื่อ ให้ตรวจสอบและลงลายมือชื่อให้เรียบร้อยก่อนนำส่งเอกสารทุกครั้ง**

3. **ในกรณีที่นักเรียน นักศึกษาจะต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น การไปล้างแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุ นักเรียน นักศึกษา*จะต้องขอใบรับรองแพทย์ทุกครั้ง* มิฉะนั้นใบเสร็จนั้นจะไม่สามารถทำเรื่องเบิกเงินได้**

4. **ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุที่มีความสูญเสียมาก เช่น สูญเสียอวัยวะ หรือ เสียชีวิต ซึ่งเข้าข่ายพิการทุพลภาพ จะต้องมีเอกสารใบแจ้งความหรือบันทึกประจำวันจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ เอกสาร (หน้า....) เพิ่มให้บริษัทประกันเพื่อแนบเบิกกรณีดังกล่าว**

ระยะเวลาสิ้นสุดการประกันภัย 1 พฤษภาคม 2564 เวลา 16.30 น.

อุบัติเหตุจากการจราจร ไม่เกิน 10,000 บาท ***((1. กรณีนักเรียน นักศึกษาที่ประสบอุบัติเหตุจากการจราจร จะต้องทำเรื่องเบิก พรบ. ให้เสร็จสิ้นก่อน แล้วส่วนที่เกินจาก พรบ. จึงจะสามารถเบิกประกันได้ แต่ถ้าหากไม่มี พรบ. ดังกล่าวบริษัทประกันไม่สามารถเบิกจ่ายได้))***

อุบัติเหตุทั่วไป ไม่เกิน 10,000 บาท

ติดต่อรายละเอียดอื่นๆ เพิ่มเติม: งานสวัสดิการนักเรียน นักศึกษา

เอกสารที่ใช้แนบ

(**<u>กรณีอุบัติเหตุทั่วไป</u>** เช่น ตกจากที่สูง, หัวแตก, เศษไม้กระเด็นเข้าตา เป็นต้น หรือ**<u>กรณีอุบัติเหตุจากการจราจร)</u>**

1. เอกสารแบบเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลทั่วไป (หน้า 3) 1 ชุด
2. เอกสารใบรับรองแพทย์ (หน้า 4-5) 1 ชุด
3. เอกสารใบเสร็จรับเงิน (หน้า 6-7) 1 ชุด

เอกสารที่ใช้แนบเพิ่มเติม (ถ้าเป็นกรณีสูญเสียอวัยวะ)

(กรณีอุบัติเหตุทั่วไปหรือ**กรณีอุบัติเหตุจากการจราจรที่มีความสูญเสียมาก เช่น เสียอวัยวะ เสียชีวิต ซึ่งอาจเข้าข่ายพิการ ทุพลภาพ)**

1. เอกสารใบแจ้งความ/บันทึกประจำวัน (กรณีสูญเสียอวัยวะ หน้า8) 1 ชุด
2. หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุ (กรณีสูญเสียอวัยวะ หน้า9) 1 ชุด

ตัวอย่างแบบร้องค่ารักษาพยาบาลทั่วไป

วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุสำหรับสถานศึกษา

ชื่อสถานศึกษา วิทยาลัยอาชีวศึกษาชลบุรี กรมธรรม์เลขที่ เลขรับแจ้งที่

ชื่อ-นามสกุลผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง นางสาวบังเอิญ ประสบเหตุ อายุ 17 ปี ศึกษาอยู่ชั้นปีที่ ปวช.

ห้อง 2/4 คฟ. รหัสประจำตัว 62023080099 ภาควิชา/คณะ คอมฯกราฟิก วิชาเอก

ที่อยู่ปัจจุบัน 222/222 ม.5 ต.บ้านสวน อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000 โทร 0909990000

กรณีเร่งด่วนติดต่อผู้ปกครองชื่อ นางบังอร ประสบเหตุ โทร 0611111111 มือถือ 0611111111

สถานที่เกิดเหตุ สะพานลอยหน้าวิทยาลัย

วันที่เกิดเหตุ 30 กพ. 63 เวลา 12.12 น. ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุและอาการที่ได้รับบาดเจ็บพอสังเขป ลื่นตกบันได

ข้าพเจ้าในฐานะผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง / หรือผู้กระทำการแทน

☐ ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลจาก บริษัทผู้รับประกันภัยอื่น หรือสวัสดิการอื่นๆ แล้ว
จากบริษัทประกันภัยอื่น / สวัสดิการอื่นๆ ..... ตามกรมธรรม์เลขที่ .....
เลขเคลมที่ ..... เป็นเงิน ..... บาท (.....)

☐ ไม่ได้ใช้สิทธิ เพราะ .....

ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา .....

จำนวนค่ารักษาพยาบาล / ค่าทดแทน ที่เรียกร้อง 3,333 บาท (สามพันสามร้อยสามสิบสามบาท)

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาทั้งหมดแก่ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด(มหาชน) จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ประทับตราสถานศึกษา) ลงชื่อ นางสาวบังเอิญ ประสบเหตุ ผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง / ผู้กระทำการแทน
(นางสาวบังเอิญ ประสบเหตุ) วันที่ .....

สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา ตรวจรักษาวันที่ ..... เวลา ..... น.
ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา .....
ชื่อ-นามสกุลผู้บาดเจ็บ .....
การวินิจฉัยโรคมีความเห็นว่า .....
.....
.....
.....
(ประทับตราสถานพยาบาล) ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจรักษา
(.....)
ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... วันที่ลงความเห็น .....

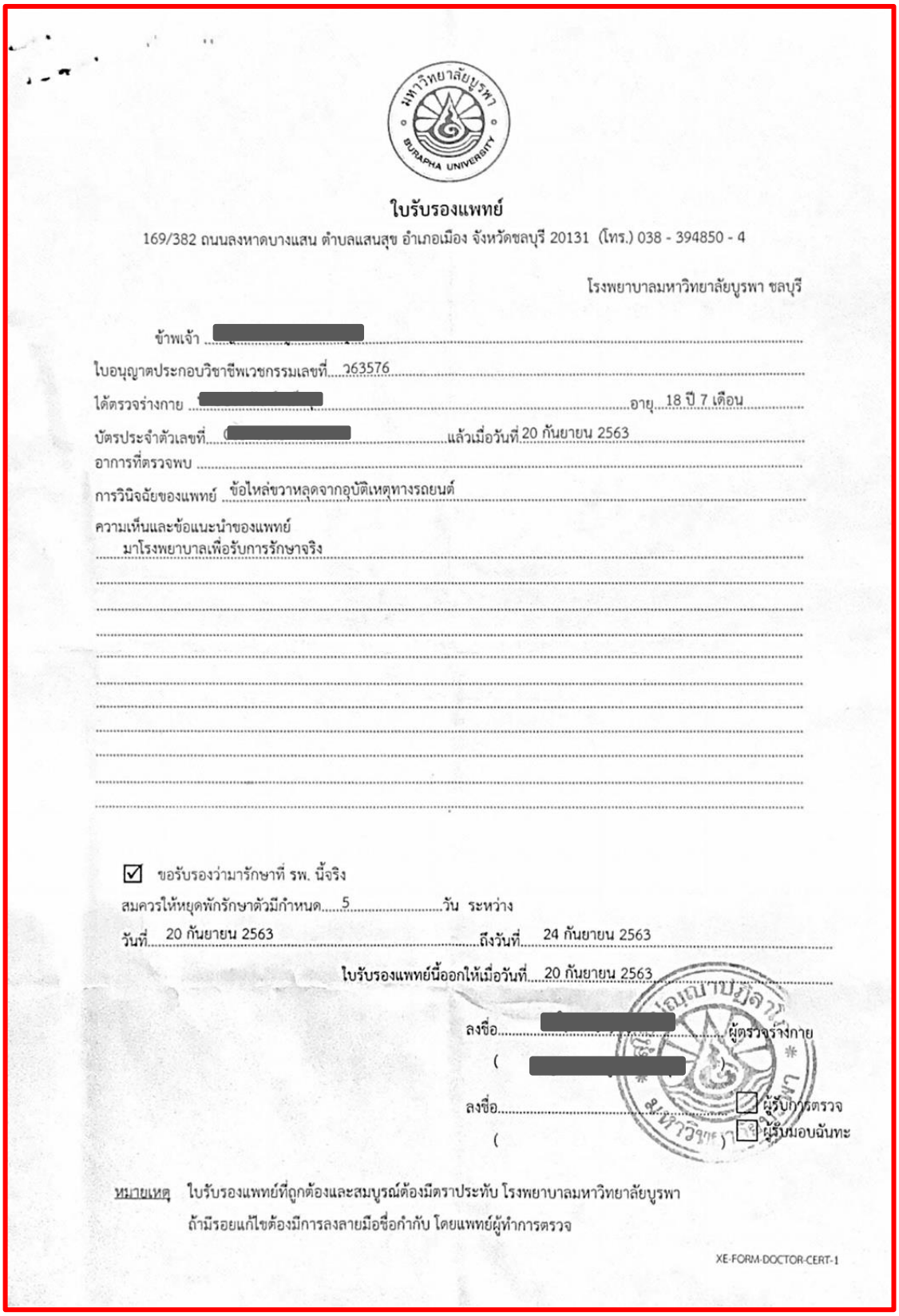
ไม่ต้องกรอกข้อมูลส่วนนี้

บันทึกรับเงินค่าทดแทน

วันที่ .....
ข้าพเจ้าในฐานะผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้องตามที่ระบุไว้
ได้รับเงินค่าทดแทนจำนวน ..... บาท
(.....)
จาก .....
ไว้ถูกต้องครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน
(.....)

ตัวอย่างใบรับรองแพทย์ (โรงพยาบาลวิทยาลัยบูรพา)



ใบรับรองแพทย์

169/382 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20131 (โทร.) 038 - 394850 - 4

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี

ข้าพเจ้า [redacted]

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ 263576

ได้ตรวจร่างกาย [redacted] อายุ 18 ปี 7 เดือน

บัตรประจำตัวเลขที่ [redacted] แล้วเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2563

อาการที่ตรวจพบ .....

การวินิจฉัยของแพทย์ ข้อไหล่ขวาหลุดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์

ความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์
มาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาจริง

☑ ขอรับรองว่ามารักษาที่ รพ. นี้จริง

สมควรให้หยุดพักรักษาตัวมีกำหนด 5 วัน ระหว่าง

วันที่ 20 กันยายน 2563 ถึงวันที่ 24 กันยายน 2563

ใบรับรองแพทย์นี้ออกให้เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2563

ลงชื่อ [redacted] ผู้ตรวจร่างกาย

([redacted])

ลงชื่อ ..... ☐ ผู้รับการตรวจ

( ) ☐ ผู้รับมอบฉันทะ

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์ที่ถูกต้องและสมบูรณ์ต้องมีตราประทับ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
ถ้ามีรอยแก้ไขต้องมีการลงลายมือชื่อกำกับ โดยแพทย์ผู้ทำการตรวจ

XE-FORM-DOCTOR-CERT-1

ตัวอย่างใบรับรองแพทย์ (โรงพยาบาลชลบุรี)

เล่ม 345 № 17206

ใบรับรองแพทย์ H.N. 6300308

เขียนที่ โรงพยาบาลชลบุรี

วันที่ 24 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า [redacted] ว.23387

แพทย์ โรงพยาบาลชลบุรี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการตรวจร่างกายของ [redacted]

เห็นว่า [illegible]

สมควรลาป่วยตั้งแต่วันที่ 24 เดือน สิงหาคม พ.ศ. [illegible]

ถึงวันที่ 24 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563

ลงชื่อ [redacted] แพทย์ผู้ตรวจ

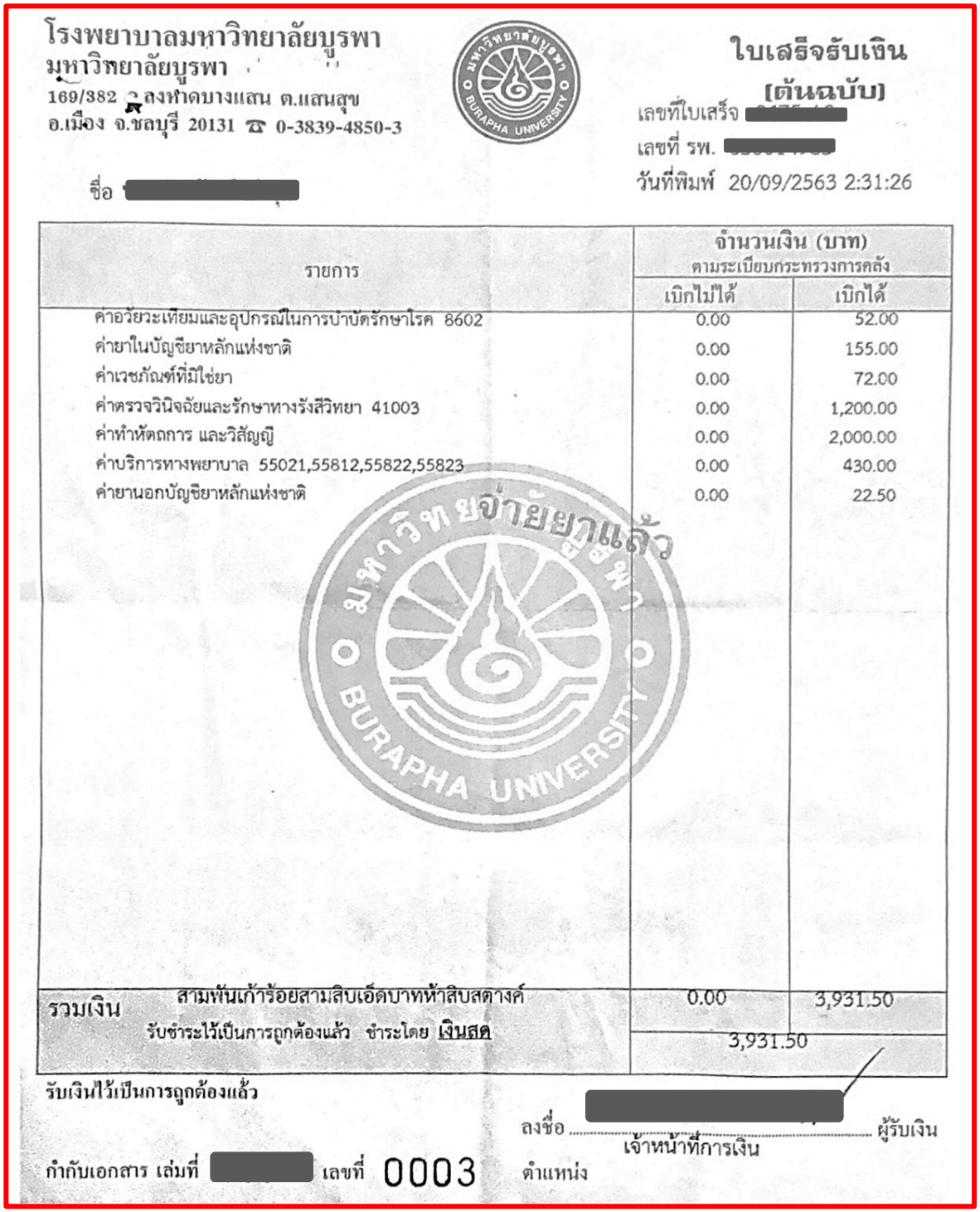
([redacted])

ว.23387

ตำแหน่งนายแพทย์

หมายเหตุ ใบรับรองแพทย์นี้ จะสมบูรณ์เมื่อประทับตรายางของโรงพยาบาล และลงนามลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายกำกับตรา

ตัวอย่างใบเสร็จรับเงิน (โรงพยาบาลมาวิทยาลัยบูรพา)



โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยบูรพา
169/382 ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131 ☎ 0-3839-4850-3

ใบเสร็จรับเงิน
(ต้นฉบับ)

เลขที่ใบเสร็จ [redacted]
เลขที่ รพ. [redacted]
วันที่พิมพ์ 20/09/2563 2:31:26

ชื่อ [redacted]

รายการ	จำนวนเงิน (บาท) ตามระเบียบกระทรวงการคลัง	
	เบิกไม่ได้	เบิกได้
ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค 8602	0.00	52.00
ค่ายาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	0.00	155.00
ค่าเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา	0.00	72.00
ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา 41003	0.00	1,200.00
ค่าทำหัตถการ และวิสัญญี	0.00	2,000.00
ค่าบริการทางพยาบาล 55021,55812,55822,55823	0.00	430.00
ค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ	0.00	22.50
รวมเงิน สามพันเก้าร้อยสามสิบเอ็ดบาทห้าสิบสตางค์	0.00	3,931.50
รับชำระไว้เป็นการถูกต้องแล้ว ชำระโดย เงินสด		3,931.50

มหาวิทยาลัยบูรพา BURAPHA UNIVERSITY จ่ายยาแล้ว

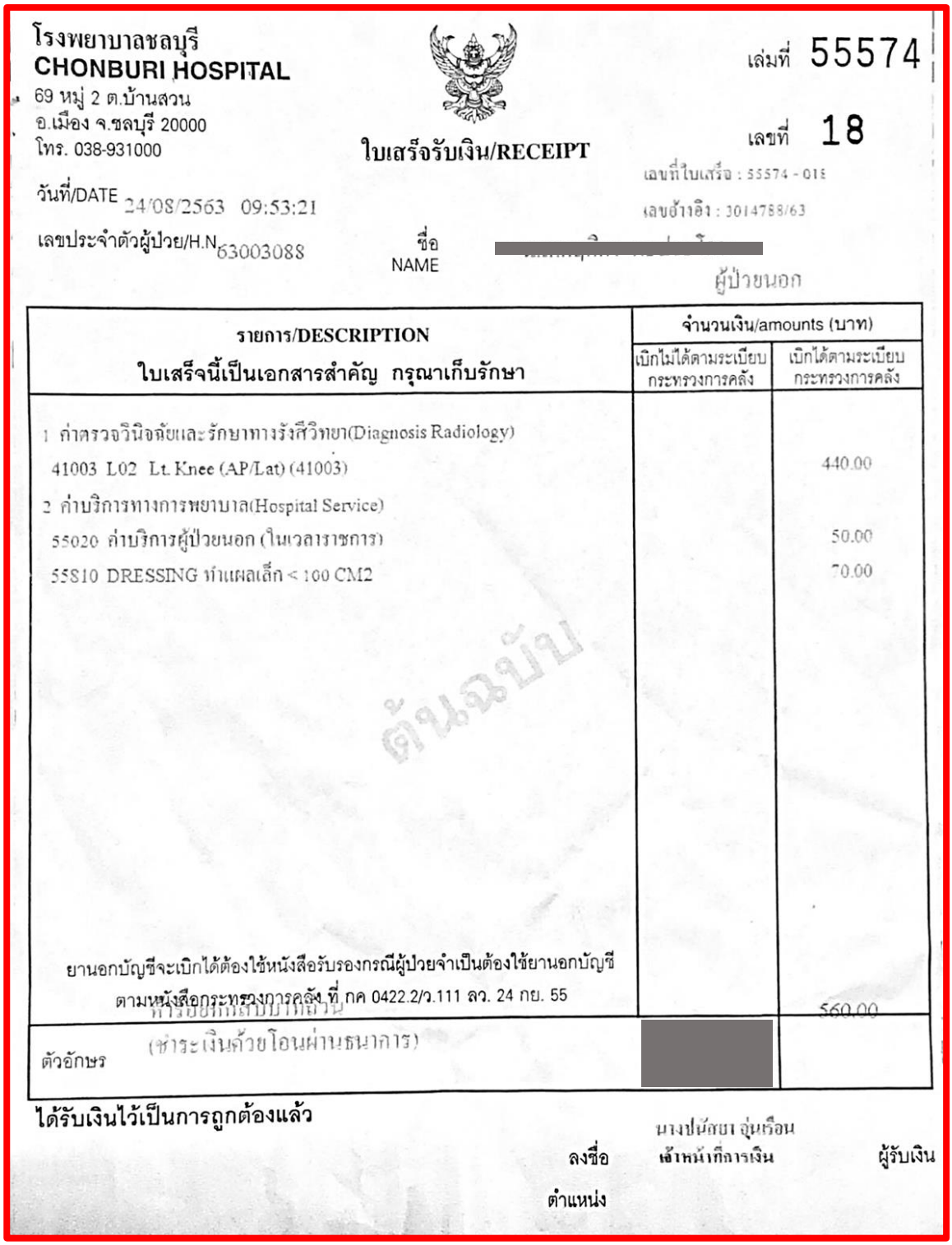
รับเงินไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ [redacted] ผู้รับเงิน
เจ้าหน้าที่การเงิน

กำกับเอกสาร เล่มที่ [redacted] เลขที่ 0003

ตำแหน่ง

ตัวอย่างใบเสร็จรับเงิน (โรงพยาบาลชลบุรี)



โรงพยาบาลชลบุรี
CHONBURI HOSPITAL
69 หมู่ 2 ต.บ้านสวน
อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000
โทร. 038-931000

เล่มที่ 55574
เลขที่ 18

ใบเสร็จรับเงิน/RECEIPT

เลขที่ใบเสร็จ : 55574 - 018
เลขอ้างอิง : 3014788/63

วันที่/DATE 24/08/2563 09:53:21

เลขประจำตัวผู้ป่วย/H.N 63003088

ชื่อ NAME [redacted]

ผู้ป่วยนอก

รายการ/DESCRIPTION ใบเสร็จนี้เป็นเอกสารสำคัญ กรุณาเก็บรักษา	จำนวนเงิน/amounts (บาท) เบิกไม่ได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง	 เบิกได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง
1 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา(Diagnosis Radiology)		
41003 L02 Lt. Knee (AP/Lat) (41003)		440.00
2 ค่าบริการทางการพยาบาล(Hospital Service)		
55020 ค่าบริการผู้ป่วยนอก (ในเวลาราชการ)		50.00
55810 DRESSING ทำแผลเล็ก < 100 CM2		70.00
ยานอกบัญชีจะเบิกได้ต้องใช้หนังสือรับรองกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชี ตามหนังสือกระทรวงการคลัง ที่ กค 0422.2/ว.111 ลว. 24 กย. 55		
ตัวอักษร (ชำระเงินด้วยโอนผ่านธนาคาร)	[redacted]	560.00

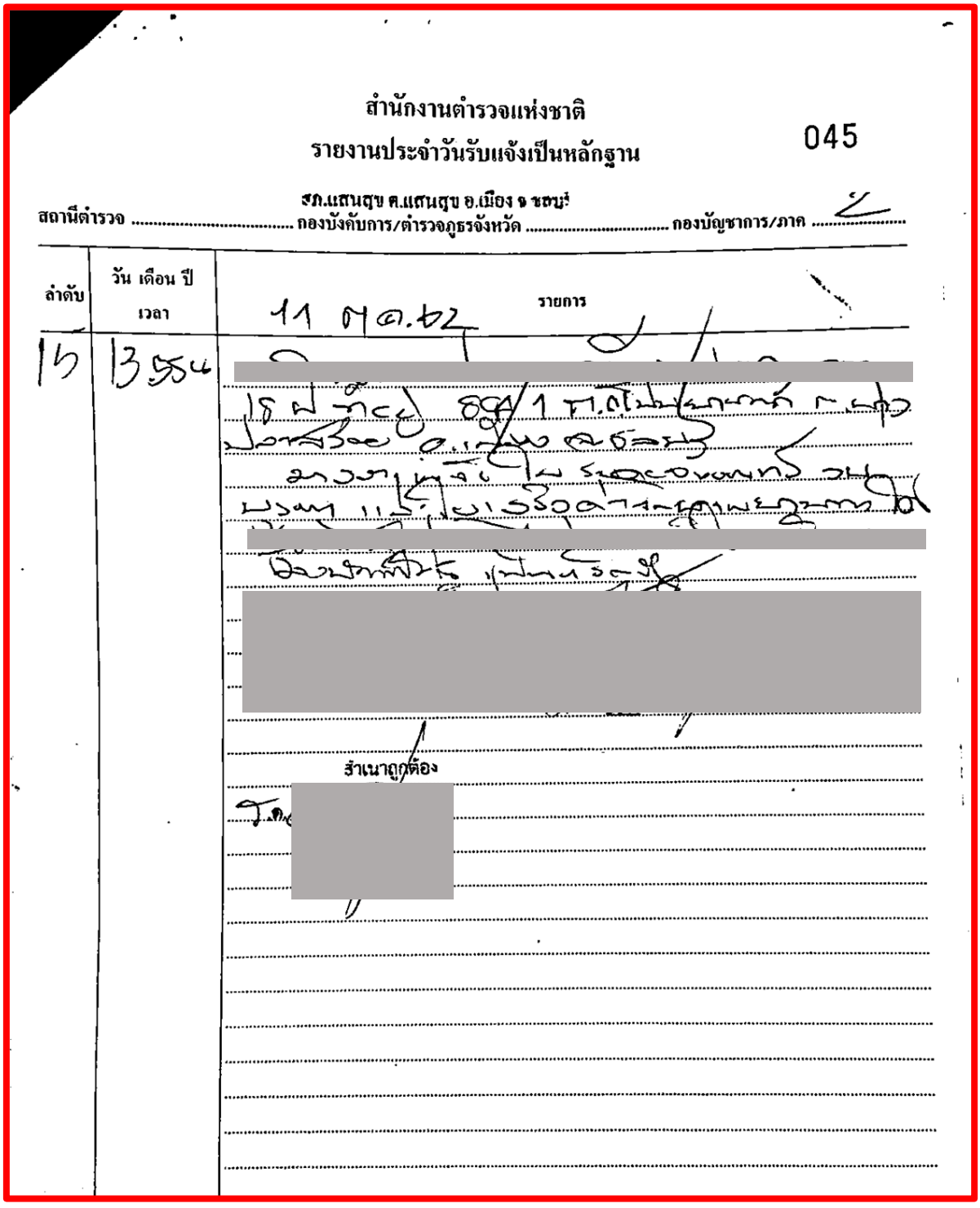
ต้นฉบับ

ได้รับเงินไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ นางปนัสยา จุ่นเรือน เจ้าหน้าที่การเงิน ผู้รับเงิน

ตำแหน่ง

ตัวอย่างใบแจ้งความ



สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

รายงานประจำวันรับแจ้งเป็นหลักฐาน 045

สถานีตำรวจ ..... กองบังคับการ/ตำรวจภูธรจังหวัด ..... กองบัญชาการ/ภาค .....

ลำดับ	วัน เดือน ปี เวลา	รายการ
15	13.54	11 ก.ค. 62
		[redacted]
		[redacted]
		[redacted]
		สำเนาถูกต้อง
		[redacted]

เอกสารอื่นๆ

วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ลำดับ	รายการเอกสารประกอบการเรียกร้อง	ค่ารักษาพยาบาล	ค่าชดเชย	สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพ	เสียชีวิต
1	แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน	✓	✓	✓	✓
2	ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ	✓	-	-	-
3	ใบรับรองแพทย์	✓	✓	✓	-
4	สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย	✓	✓	✓	✓
5	ใบรับรองความพิการ	-	-	✓	-
6	สำเนาใบมรณบัตร	-	-	-	✓
7	สำเนาหนังสือรับรองการตาย	-	-	-	✓
8	สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ (ถ้ามี)	-	-	-	✓
9	สำเนาใบรายงานผลการผ่าศพ (ถ้ามี)	-	-	-	✓
10	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิตประทับตรา "ตาย"	-	-	-	✓
11	สำเนาบัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน ผู้รับประโยชน์หรือทายาท	-	-	-	✓
	กรณีมอบอำนาจให้กระทำการแทน				
12	หนังสือมอบอำนาจ	✓	✓	✓	✓
13	สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจ	✓	✓	✓	✓
14	สำเนาบัตรประชาชนผู้รับมอบอำนาจ	✓	✓	✓	✓

หมายเหตุ

- กรณีไม่มีใบรับรองความพิการ สามารถใช้รูปถ่ายที่แสดงให้เห็นถึงตำแหน่งที่สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพของผู้เอาประกันภัย 1 รูป และรูปถ่ายเต็มตัว 1 รูป
- กรณีถูกทำร้ายร่างกาย เสียชีวิตผิดธรรมชาติ ใช้สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจรับรองสำเนาโดยร้อยเวรเจ้าของคดี
- เอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับต้องรับรองสำเนา
- เอกสารที่เป็นสำเนาของราชการต้องประทับตราหน่วยงานนั้น ๆ และรับรองสำเนาโดยเจ้าหน้าที่
- เอกสารเพิ่มเติมอื่น ขึ้นอยู่กับประเภทกรมธรรม์

บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน)
121/28, 121/65 อาคารอาร์ เอส ทาวเวอร์
ถนนรัชดาภิเษก ดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0-2641-3500-79

วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE

ความมั่นคง คือ พันธะ

บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) 121/28, 121/65 อาคารอาร์ เอส ทาวเวอร์ ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400 โทร 0-2641-3500-79 www.viriyah.co.th
THE VIRIYAH INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED 121/28, 121/65 RS Tower, Ratchadapisek Rd., Dindaeng Bangkok 10400 THAILAND Tel. 0 2641 3500 79 www.viriyah.co.th
สาขาสระบุรี 82/56 ถนนเทศบาล 5
ตำบลปากเพรียว อำเภอเมืองสระบุรี จังหวัด สระบุรี 18000 โทร. (036) 220-833, 351-888 โทรสาร. (036) 222972, 222973

ทะเบียนเลขที่ 0107555000139

ตารางกรมธรรม์ประกันภัย THE SCHEDULE

ต้นฉบับ ORIGINAL

รหัสบริษัท Company Code VIB

การประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่มสำหรับสถานศึกษา

คุ้มครอง 24 ชั่วโมงทั่วโลก 24 Hours Worldwide Coverage

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ : Policy No
05969-20203/POL/000189-570

1. ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย: ชื่อและที่อยู่ The Policyholder : Name and Address
วิทยาลัยอาชีวศึกษาชลบุรี
เลขที่ - ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี 20000

2. ผู้ได้รับความคุ้มครอง : ชื่อและที่อยู่ The Insured : Name and Address
ตามเอกสารแนบ

เลขประจำตัวประชาชน : ID No.
อาชีพ : Occupation
ชั้นอาชีพ : Occupation class
อายุ : Age

3. ผู้รับประโยชน์ : ชื่อและที่อยู่ The Beneficiary : Name and Address
ตามเอกสารแนบ

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย : Relationship to the Insured

4. ระยะเวลาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่ Period of Insurance : From 01/05/2563 เวลา at. 16:30 น. hours สิ้นสุดวันที่ To 01/05/2564 เวลา at 16:30 น. hours

5. จำนวนจำกัดความรับผิด : กรมธรรม์ประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองเฉพาะผลของการบาดเจ็บทางร่างกายในข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้เท่านั้น
Limit of Liability : This policy affords coverage only with respect to such result from bodily injury for which a sum insured is stated.

ข้อตกลงคุ้มครอง / เอกสารแนบท้าย Insuring Agreement/Endorsement	จำนวนเงินเอาประกันภัย (บาท) Sum Insured (Baht)	ความรับผิดส่วนแรก (บาท หรือ วัน) Deductible (Baht or days)	เบี้ยประกันภัย (บาท) Premium (Baht)
-การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร (อบ.2)	ตามเอกสารแนบ	-	-
-การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง	ตามเอกสารแนบ	-	-
-อุบัติเหตุสาธารณะ	ตามเอกสารแนบ	-	-
-ค่าปลงศพหรือค่าใช้จ่ายในการจัดการงานศพกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย	ตามเอกสารแนบ	-	-
เอกสารแนบ ค่ารักษา,อุบัติเหตุสาธารณะ,อ.บ.3.1,อ.บ.5,ปลงศพ(เจ็บป่วย),เป้าไข้(ต่างประเทศ), เคลื่อนย้ายฉุกเฉิน,ค่าส่งศพกลับ			

เบี้ยประกันภัยสำหรับภัยเพิ่ม Additional Premium	-
ส่วนลดเบี้ยประกันภัย Premium Discount	-
เบี้ยประกันภัยสุทธิ Net Premium	559,262.00
อากรแสตมป์ Stamps	2,238.00
ภาษี Tax	0.00
เบี้ยประกันภัยรวม Total Premium	561,500.00

☐ ตัวแทน Agent ☒ นายหน้าประกันวินาศภัย Broker บริษัท ที.พี.แอนด์แอสโซซิเอทส์(1992) จำกัด ใบอนุญาตเลขที่ License No. ว00317/2535

วันทำสัญญาประกันภัย : Agreement made on 01/05/2563

วันออกกรมธรรม์ประกันภัย : Policy issued on 08/10/2563

เพื่อเป็นหลักฐานบริษัทฯ โดยบุคคลผู้มีอำนาจทำการแทนบริษัทได้ลงลายมือชื่อ และประทับตราของบริษัทไว้เป็นสำคัญ ณ สำนักงานของบริษัท
As evidance, the Company has caused this policy to be signed by duly authorized person and the Company's stamp to be affixed at its office.

กรรมการ - Director

กรรมการ - Director

ผู้รับมอบอำนาจ - Authorized Signature

วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE

หนังสือยืนยันความคุ้มครอง

กรมธรรม์ความรับผิดของสถานศึกษาต่อนักเรียน

เลขที่ : CN-PL / 20/3539

ชื่อผู้เอาประกันภัย Name of Insured : วิทยาลัยอาชีวศึกษาชลบุรี

ที่อยู่ Address : อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000

ระยะเวลาประกันภัย 1 ปี : เริ่มต้นวันที่ 01/05/2563 เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่ 01/05/2564 เวลา 16.30 น.

Period of Insurance From at hours To at hours

ลักษณะกิจการหรือธุรกิจ The Business : โรงเรียน

สถานที่ประกอบการ The Premises : อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000

อาณาเขตคุ้มครอง Coverage Territory : ประเทศไทย เขตอำนาจศาลที่คุ้มครอง ศาลไทย

ขอบเขตความเสี่ยงภัย : Description of Risk

คุ้มครอง ข้อ 1. ความรับผิดตามกฎหมายซึ่งเกิดขึ้นจากการประกอบธุรกิจ หรือเกิดขึ้นภายใน หรือมีสาเหตุมาจากการใช้สถานศึกษาที่เอาประกันภัยสำหรับความสูญเสียต่อชีวิต ความบาดเจ็บหรือความเจ็บป่วยทางร่างกายของนักเรียนซึ่งอยู่ในความดูแลของผู้เอาประกันภัย

Item I Legal liability arising from the business and happening within or caused by the insured premise(s) for loss or damage resulting illness of the student (s) under his care

คุ้มครอง ข้อ 2. ความรับผิดตามกฎหมายซึ่งเกิดขึ้นในขณะสถานศึกษาจัดกิจกรรมนอกสถานศึกษาของผู้เอาประกันภัย สำหรับความสูญเสียต่อชีวิตความบาดเจ็บหรือความเจ็บป่วยทางร่างกายของนักเรียนซึ่งอยู่ในความดูแลของผู้เอาประกันภัย

Item II Legal liability arising from any school activities whilst being outside the insured premise(s) for loss or damage resulting from death or bodily injury or illness of the student (s) under his care

จำนวนเงินจำกัดความรับผิด : ไม่เกิน 200,000 บาท ต่อนักเรียนหนึ่งคน

Limit of Liability not exceeding Baht/student

และไม่เกิน 10,000,000 บาท ต่อครั้ง และตลอดระยะเวลาเอาประกันภัย

and not exceeding Baht/occurrence and in aggregate

ความรับผิดส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยต้องรับผิดชอบเอง 100,000 บาท

Deductible to be borne by the Insured Baht

เบี้ยประกันภัย	820.00	บาท	ภาษี	57.68	บาท	อากร	4.00	บาท	รวม	881.68	บาท
Premium :		Baht	Vat 7%		Baht	Stamps		Baht	Total		Baht

☐ ตัวแทนประกันวินาศภัย Agent ☒ การประกันภัยตรง Direct

หมายเหตุ : เอกสารฉบับนี้เป็นเพียงเอกสารยืนยันความคุ้มครองเท่านั้น รายละเอียดข้อตกลงคุ้มครอง เอกสารแนบท้าย และข้อยกเว้น ให้ถือตามที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย ความรับผิดของสถานศึกษาต่อนักเรียนที่ได้รับอนุมัติจากทาง คปภ. ทุกประการ เพื่อรักษาสิทธิประโยชน์สูงสุดของผู้เอาประกันภัย ผู้เอาประกันภัยควรศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากกรมธรรม์ประกันภัยฉบับสมบูรณ์

ผู้รับมอบอำนาจ

บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน)

บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) 121/28, 121/65 อาคารอาร์ เอส ทาวเวอร์ ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร 10400
โทร 0 2129 8888 www.viriyah.co.th
THE VIRIYAH INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED 121/28, 121/65 RS Tower, Ratchadapisek Rd., Dindaeng Bangkok 10400 THAILAND
Tel. 0 2129 8888 www.viriyah.co.th
ทะเบียนเลขที่ 0107555000139

ความเป็นธรรม คือ หลักการ