



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กองการเจ้าหน้าที่ โทร. ๐-๒๖๒๙-๙๖๔๗ ภายใน ๓๐๒  
ที่ กษ ๐๒๐๒/ว ๗๘๒ วันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

เรื่อง โครงการ “ประกันอุบัติเหตุกลุ่มแก่สมาชิกสวัสดิการ สป.กษ.”

เรียน ผู้อำนวยการสำนัก/สภามัน/กอง/ศูนย์ เกษตรและสหกรณ์จังหวัด และสำนักงานรัฐมนตรี

ตามที่คณะกรรมการสวัสดิการสำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ได้จัดให้มีโครงการ “ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม” แก่สมาชิกสวัสดิการสำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ประกอบด้วย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการของสำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และสำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ได้รับความคุ้มครองอันเนื่องมาจากการประสบอุบัติเหตุ และขอให้ท่านจัดส่งรายชื่อข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานราชการ ในสังกัดของท่านพร้อมระบุชื่อผู้รับผลประโยชน์ จำนวน ๑ ราย ส่งให้แก่สวัสดิการฯ เพื่อดำเนินการต่อไป นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการสวัสดิการสำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ได้ดำเนินการจัดซื้อความคุ้มครองการประกันอุบัติเหตุกลุ่ม ให้แก่สมาชิกสวัสดิการ สป.กษ. ตามรายชื่อที่ท่านได้จัดส่งมาให้เรียบร้อยแล้ว คณะกรรมการสวัสดิการสำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จึงขอจัดส่งกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุเพื่อให้สมาชิกสวัสดิการ สป.กษ. ทราบ ต่อไป รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายครองศักดิ์ ส่งรักษา)

ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่

สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์



บริษัท นิวแฮมพ์เชอร์ อินชัวร์نس  
New Hampshire Insurance Company

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรณ์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
Head Office, 21<sup>st</sup> - 23<sup>rd</sup> Floor, Siam Piwat Tower, 989 Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand  
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999  
ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ / Business Registration No. 0100522000494 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0100522000494

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0100522000494

เอกสารออกเป็นชุด

ใบเสร็จรับเงิน  
PREMIUM RECEIPT

ต้นฉบับ / Original

|                                                                                                                       |                                                          |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| ผู้เอาประกันภัย : สมาชิกสวัสดิการ สป. กษ.<br>Insured :                                                                | ใบเสร็จเล่มที่ :<br>Book No. : 2011                      | เลขที่ :<br>Invoice No. : 0200043703 |
|                                                                                                                       | ลงวันที่ :<br>Date: 30 พฤศจิกายน 2563                    |                                      |
| ที่อยู่ :<br>Address : 3 สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ถนนราชดำเนินนอก<br>แขวงพานอม เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200 | กรมธรรม์ประกันภัยเลข<br>ที่ :<br>Policy No. : 0222456510 | ต่ออายุปีที่<br>Renewal Year 10      |
|                                                                                                                       | ใบสลักหลังเลขที่ :<br>Endorsement No. :                  |                                      |

| ประเภทของการประกันภัย<br>Type of Insurance | ประเภท<br>Line | เบี้ยประกัน (บาท)<br>Premium (Baht) | ภาษี (บาท)<br>Tax (Baht) | อากร (บาท)<br>Stamps (Baht) | รวม (บาท)<br>Total (Baht) |
|--------------------------------------------|----------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 12-FLEXI GPA                               | A AND H        | 158,176.00                          | 0.00                     | 633                         | 158,809.00                |

โปรดจ่ายเป็นเช็คขีดคร่อมถึง  
บริษัท นิวแฮมพ์เชอร์ อินชัวร์نس

Please pay by crossed cheque in favor of  
NEW HAMPSHIRE INSURANCE COMPANY

ใบเสร็จฉบับนี้จะสมบูรณ์ ต่อเมื่อบริษัทได้  
รับเงินตามเช็คแล้ว

This receipt will be valid only after the relative  
cheque is honored by the Bank.

บริษัท นิวแฮมพ์เชอร์ อินชัวร์نس  
NEW HAMPSHIRE INSURANCE COMPANY

*Neene V.*

ลงนามร่วม, พยาน / Countersigned, Witness

*Somchai P.*

ผู้รับเงิน / Recipient

|                                     |                                       |                                    |
|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| ระยะเวลาประกันภัย<br>Period Insured | เริ่มต้นวันที่<br>From 1 ธันวาคม 2563 | สิ้นสุดวันที่<br>To 1 ธันวาคม 2564 |
|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|

ตัวแทน/นายหน้าประกันภัย:

CAF/สลักใจ โสภากุล#SS 000 BK 378 00-0025542-000



## กรรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

โดยการซื้อหรือข้อตกลงในใบคำขอเอาประกันภัย ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ และเพื่อเป็นการตอบแทนเบี้ยประกันภัยที่ผู้ถือกรรมธรรม์หรือผู้เอาประกันภัยต้องชำระภายใต้บังคับเงื่อนไขทั่วไป ข้อตกลงคุ้มครอง ข้อยกเว้นและเอกสารแนบท้ายแห่งกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ บริษัทให้สัญญาดังต่อไปนี้

การคุ้มครอง : ตามข้อตกลงคุ้มครอง/เอกสารแนบท้ายที่แนบติด

เงื่อนไขทั่วไป

1. คำนิยาม : เพื่อใช้ในกรรมธรรม์ประกันภัยและเอกสารแนบท้ายกรรมธรรม์ประกันภัยนี้

- |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.1 "บริษัท"                         | หมายความว่า บริษัทที่ออกกรรมธรรม์ประกันภัยนี้                                                                                                                                                                                                                              |
| 1.2 "ผู้ถือกรรมธรรม์"                | หมายความว่า บุคคลที่ระบุชื่อเป็นผู้ถือกรรมธรรม์ในตารางกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ ซึ่งเป็นผู้จัดให้มีการประกันภัยเพื่อประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย                                                                                                                                 |
| 1.3 "ผู้เอาประกันภัย"                | หมายความว่า บุคคลที่ระบุชื่อเป็นผู้เอาประกันภัยในตารางกรรมธรรม์ประกันภัยและ/หรือเอกสารแนบ ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองตามกรรมธรรม์นี้                                                                                                                                |
| 1.4 "ตาราง"                          | หมายความว่า ตารางกรรมธรรม์ประกันภัยนี้                                                                                                                                                                                                                                     |
| 1.5 "อุบัติเหตุ"                     | หมายความว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน จากปัจจัยภายนอกร่างกายและทำให้เกิดผลให้ผู้เอาประกันภัยมิได้เจตนาหรือมุ่งหวัง                                                                                                                                                  |
| 1.6 "ความบาดเจ็บ"                    | หมายความว่า การบาดเจ็บทางร่างกาย อันเป็นผลโดยตรงจากอุบัติเหตุ ซึ่งเกิดขึ้นโดยเอกเทศ และโดยอิสระจากเหตุอื่น                                                                                                                                                                 |
| 1.7 "ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง"           | หมายความว่า ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นๆ ได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป                                                                                                                                                                  |
| 1.8 "ทุพพลภาพถาวรบางส่วน"            | หมายความว่า ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำตามปกติได้ตลอดไป แต่ทำงานอื่นเพื่อสินจ้างได้                                                                                                                                                        |
| 1.9 "ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง"       | หมายความว่า ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานในอาชีพประจำตามปกติได้โดยสิ้นเชิงในชั่วระยะเวลาหนึ่ง                                                                                                                                                                |
| 1.10 "ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน"       | หมายความว่า ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานในอาชีพประจำตามปกติบางส่วนในชั่วระยะเวลาหนึ่งก็ดี หรือเป็นผลต่อเนื่องจากทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง ซึ่งได้ทุเลาเบาบางลงแล้วก็ดี แต่ยังไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานในอาชีพประจำตามปกติได้ครบทุกส่วนในชั่วระยะเวลาหนึ่ง |
| 1.11 "ความรับผิดชอบส่วนแรก"          | หมายความว่า ความเสียหายส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเอง                                                                                                                                                                                                         |
| 1.12 "ความสูญเสียหรือความเสียหายใดๆ" | หมายความว่า ความบาดเจ็บทางร่างกายของผู้เอาประกันภัยโดยอุบัติเหตุ และทำให้ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา ทุพพลภาพ หรือต้องเข้ารับการรักษายาบาล                                                                                                                |

## 2. ความสมบูรณ์แห่งสัญญาและการเปลี่ยนแปลงข้อความในสัญญาประกันภัย

กรรมธรรม์ประกันภัยนี้ รวมทั้งข้อตกลงคุ้มครองและเอกสารแนบท้าย ประกอบกันเป็นสัญญาประกันภัย การเปลี่ยนแปลงข้อความใด ๆ ในสัญญาจะต้องได้รับความยินยอมจากบริษัทและได้บันทึกไว้ในกรรมธรรม์ประกันภัยนี้ หรือในเอกสารแนบท้ายแล้วจึงจะสมบูรณ์

## 3. การแจ้งอุบัติเหตุ

ผู้ถือกรรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนบุคคลดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องแจ้งให้บริษัททราบถึงความบาดเจ็บโดยไม่ชักช้า ในกรณีที่มิมีการเสียชีวิตต้องแจ้งให้บริษัททราบทันที เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่ามิเหตุจำเป็นอันสมควรจึงไม่อาจแจ้งให้บริษัททราบดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นได้ แต่ได้แจ้งโดยเร็วที่สุดที่จะกระทำได้แล้ว

## 4. การส่งหลักฐานความเสียหาย

ในกรณีเรียกร้องค่าทดแทน ผู้ถือกรรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องส่งหลักฐานตามที่บริษัทต้องการตามความจำเป็นให้แก่บริษัท โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง

ในกรณีเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากเสียชีวิต หรือทุพพลภาพ ให้ส่งหลักฐานดังกล่าวข้างต้น ภายใน 30 วันนับแต่วันเสียชีวิตหรือวันที่เริ่มเกิดทุพพลภาพ ส่วนในกรณีเรียกร้องค่าทดแทนอย่างอื่น ให้ส่งหลักฐานภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ แต่การไม่เรียกร้องภายในกำหนดดังกล่าวไม่ทำให้สิทธิการเรียกร้องเสียไป หากแสดงให้เห็นว่ามีเหตุอันสมควรที่ไม่สามารถเรียกร้องได้ภายในกำหนด และได้ทำการเรียกร้องโดยเร็วที่สุดเท่าที่สามารถจะกระทำได้แล้ว

สำหรับการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล ต้องส่งใบเสร็จแสดงรายการค่าใช้จ่ายต้นฉบับ และบริษัทจะคืนต้นฉบับใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายไป เพื่อให้ผู้เอาประกันภัยไปเรียกร้องส่วนที่ขาดจากผู้รับประกันภัยอื่น แต่ถ้าหากผู้เอาประกันภัยได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐ หรือสวัสดิการอื่นใดมาแล้ว ให้ผู้เอาประกันภัยส่งสำเนาใบเสร็จพร้อมต้นฉบับการรับรองยอดเงินที่จ่ายจากสวัสดิการของรัฐ หรือหน่วยงานอื่น เพื่อเรียกร้องส่วนที่ขาดจากบริษัทได้

#### 5. การตรวจทางการแพทย์

บริษัทมีสิทธิจะขอตรวจร่างกายของผู้เอาประกันภัยในระหว่างที่บริษัทพิจารณาการเรียกร้องค่าทดแทนตามที่เห็นสมควรรวมทั้งการชันสูตรพลิกศพในกรณีที่มีเหตุจำเป็น

#### 6. การจ่ายค่าทดแทน

ค่าทดแทนสำหรับการเสียชีวิต บริษัทจะจ่ายให้แก่ผู้รับประโยชน์ ส่วนค่าทดแทนอย่างอื่นจะจ่ายให้แก่ผู้เอาประกันภัย ภายในกำหนดระยะเวลาดังต่อไปนี้

6.1 สำหรับความสูญเสียตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 และข้อ 4 จะจ่ายภายใน 20 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงความสูญเสียที่ครบถ้วนและถูกต้องแล้ว

6.2 สำหรับความสูญเสียตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 2 และข้อ 3 จะจ่ายให้ในวันครบกำหนดทุกๆ 4 สัปดาห์ตลอดระยะเวลาทุพพลภาพ แต่ไม่เกิน 52 สัปดาห์

ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริษัทชดเชยตามกรมธรรม์ประกันภัยตามข้อ 6.1 หรือข้อ 6.2 ดังกล่าวข้างต้น ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ประกันภัย ระยะเวลาที่กำหนดไว้ อาจขยายออกไปอีกได้ตามความจำเป็นแต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

สำหรับการเรียกร้องตามข้อ 6.2 จะขยายระยะเวลาตามวรรคก่อนได้เฉพาะกำหนดการจ่ายครั้งแรกเท่านั้น ภาระในการพิสูจน์ว่าการเรียกร้องค่าทดแทนไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยเป็นหน้าที่ของบริษัท ในการนี้ผู้ถือกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์จะต้องให้ข้อเท็จจริง และความสะดวกแก่บริษัทตามสมควร

หากบริษัทไม่อาจจ่ายค่าทดแทนให้แล้วเสร็จภายในกำหนดระยะเวลาข้างต้น บริษัทจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายดอกเบี้ยให้อีกในอัตราร้อยละ 12 ต่อปี ของจำนวนเงินที่ต้องจ่ายทั้งนี้ นับแต่วันที่ครบกำหนดชำระ

#### 7. การจำกัดความรับผิดชอบตลอดระยะเวลาประกันภัย

ตลอดระยะเวลาประกันภัย บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนสำหรับผลที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 รวมกันไม่เกินจำนวนเงินดังระบุไว้ในตาราง และเมื่อมีการจ่ายค่าทดแทนตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 เต็มวงเงินจำกัดความรับผิดชอบดังที่ระบุไว้ในตารางแล้ว ความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ยังมีผลบังคับต่อไปตลอดระยะเวลาประกันภัยที่เหลือ ทั้งนี้เฉพาะตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 4 (ถ้ามี) เท่านั้น

#### 8. การเปลี่ยนอาชีพ

ถ้าผู้เอาประกันภัย ได้รับบาดเจ็บในขณะที่กระทำการ โดยมีค่าตอบแทนในอาชีพอื่นที่มีการเสี่ยงอันตรายมากกว่าอาชีพที่ได้แจ้งไว้แต่เดิม บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้เป็นจำนวนเงินเท่าที่เบี้ยประกันภัยที่ได้รับชำระแล้วสำหรับอาชีพเดิมและจะซื้อการคุ้มครองสำหรับอาชีพใหม่ได้

ถ้าผู้เอาประกันภัยเปลี่ยนอาชีพเป็นอาชีพประเภทอื่น ซึ่งบริษัทกำหนดไว้ว่าเป็นอาชีพที่มีการเสี่ยงภัยน้อยกว่าอาชีพประเภทที่แจ้งไว้กับบริษัท บริษัทจะลดเบี้ยประกันภัยลงและจะคืนเบี้ยประกันภัยให้ตามส่วน นับแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงการเปลี่ยนอาชีพแล้ว

#### 9. การระงับข้อพิพาทโดยอนุญาโตตุลาการ

ในกรณีที่มิข้อพิพาท ข้อขัดแย้ง หรือข้อเรียกร้องใดๆ ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ ระหว่างผู้มีสิทธิเรียกร้องตามกรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัท และหากผู้มีสิทธิเรียกร้องประสงค์ และเห็นควรยุติข้อพิพาทนั้น โดยวิธีการอนุญาโตตุลาการ บริษัทตกลงยินยอมและให้ทำการวินิจฉัยชี้ขาดโดยอนุญาโตตุลาการตามข้อบังคับกรรมการประกันภัยว่าด้วยอนุญาโตตุลาการ

#### 10. การเลิกกรมธรรม์ประกันภัย

10.1 บริษัทจะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ด้วยการส่งหนังสือบอกกล่าวล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 15 วัน โดยทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงผู้ถือกรมธรรม์ ตามที่อยู่ครั้งสุดท้ายที่แจ้งให้บริษัททราบ ในกรณีนี้บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยให้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามส่วน

10.2 ผู้ถือกรมธรรม์จะบอกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ โดยแจ้งให้บริษัททราบเป็นหนังสือ และมีสิทธิได้รับเบี้ยประกันภัยคืน หลังจากหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามอัตราเบี้ยประกันภัยระยะสั้นตามตารางที่ระบุไว้ดังต่อไปนี้

**ตารางอัตราเบี้ยประกันภัยระยะสั้น**

| ระยะเวลาประกันภัย<br>(ไม่เกิน / เดือน) | ร้อยละของ<br>เบี้ยประกันภัยเต็มปี |
|----------------------------------------|-----------------------------------|
| 1                                      | 15                                |
| 2                                      | 25                                |
| 3                                      | 35                                |
| 4                                      | 45                                |
| 5                                      | 55                                |
| 6                                      | 65                                |
| 7                                      | 75                                |
| 8                                      | 80                                |
| 9                                      | 85                                |
| 10                                     | 90                                |
| 11                                     | 95                                |
| 12                                     | 100                               |

**11. การสิ้นสุดของสัญญาประกันภัยโดยอัตโนมัติ**

การประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้จะสิ้นสุดโดยอัตโนมัติเมื่อผู้เอาประกันภัยถูกจองจำอยู่ในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ซึ่งบริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัยในส่วนของผู้เอาประกันภัยนั้นให้แก่ผู้ถือกรมธรรม์ โดยหักเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้ได้ใช้บังคับมาแล้วออกตามส่วน

**12. เงื่อนไขบังคับก่อน**

บริษัทอาจจะไม่รับผิดชอบใช้ค่าทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ เว้นแต่ผู้ถือกรมธรรม์ ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวได้ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนตามสัญญาประกันภัยและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย



บริษัท นิวแฮมพ์เชอร์ อินชัวร์نس  
New Hampshire Insurance Company

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพวรวรรณิกาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
Head Office, 21<sup>st</sup> - 23<sup>rd</sup> Floor, Siam Piwat Tower, 989 Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand  
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999  
ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ / Business Registration No. 0100522000494 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร / Tax ID. 0100522000494

| รหัสบริษัท : NHI<br>Company Code :     |                                                                           | เอกสารแนบท้ายกรมธรรม์                   | Coverage Details                                |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| เอกสารแนบท้ายเลขที่<br>Endorsement No. | เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์เลขที่ :<br>Forming a part of Policy Number       | 0222456510                              | วันที่ทำเอกสาร<br>Date Issued 30 พฤศจิกายน 2563 |
| ความคุ้มครอง<br>Coverage               | จำนวนทุนประกันภัย (แต่ละบุคคล)<br>Sum Insured (each person)<br>บาท (Baht) | เบี้ยประกันภัย<br>Premium<br>บาท (Baht) |                                                 |

CLASS 1

|                                            |                           |                         |
|--------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| เสียชีวิต<br>AD- ACCIDENTAL DEATH          | 110,000.00                | 115,117.00              |
| สูญเสียอวัยวะและสาวยตา<br>D- DISMEMBERMENT | 110,000.00                | รวมอยู่ด้วย<br>Included |
| ทุพพลภาพถาวร<br>PD-PERMANENT DISABILITY    | 165,000.00                | 43,059.00               |
| จำนวนผู้เอาประกันภัย 1631 คน               | รวมเบี้ยประกันภัย         | 158,176.00              |
| จำนวนผู้เอาประกันภัยทั้งสิ้น 1631 คน       | รวมเบี้ยประกันภัยทั้งสิ้น | 158,176.00              |

หมายเหตุ : อายุของผู้เอาประกันภัยจำกัดระหว่าง 16 - 60 ปี  
การขยายความคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายอันเกิดขึ้นในขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ตาม อบ. 3 แบน  
จำนวนเงินเอาประกันภัยตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 ให้คุ้มครองตามจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ข้างต้นของเอกสารแนบท้ายนี้  
ของผู้เอาประกันภัยแต่ละบุคคล

## สำหรับกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

### ข้อตกลงคุ้มครอง

บริษัทให้การคุ้มครองเฉพาะข้อตกลงคุ้มครองในข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยตามที่ระบุไว้ในตารางเท่านั้น การประกันภัยนี้ให้การคุ้มครองความสูญเสียหรือความเสียหายอันเกิดจากความบาดเจ็บทางร่างกายของผู้เอาประกันภัยโดยอุบัติเหตุและทำให้เกิดผลดังต่อไปนี้.-

#### ข้อ 1 : การเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สิ้นสุด การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวร

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สิ้นสุด การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องรักษาตัวติดต่อกันในฐานะคนไข้ใน โรงพยาบาลและเสียชีวิตเพราะความบาดเจ็บนั้นเมื่อใดก็ดี บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ดังนี้

- 1.1 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการเสียชีวิต
- 1.2 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับการตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง และการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงนั้นได้เป็นไปติดต่อกันไม่น้อยกว่า 12 เดือน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ หรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
- 1.3 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือสองข้างตั้งแต่ข้อมือ หรือเท้าสองข้างตั้งแต่ข้อเท้า หรือสายตาสองข้าง
- 1.4 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
- 1.5 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ และสายตาหนึ่งข้าง
- 1.6 100% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า และสายตาหนึ่งข้าง
- 1.7 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับมือหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อมือ
- 1.8 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับเท้าหนึ่งข้างตั้งแต่ข้อเท้า
- 1.9 60% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับสายตาหนึ่งข้าง
- 1.10 50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับหูหนวกสองข้างหรือเป็นใบ้
- 1.11 15% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับหูหนวกหนึ่งข้าง
- 1.12 25% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วหัวแม่มือ (ทั้งสองข้อ)
- 1.13 10% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วหัวแม่มือ (หนึ่งข้อ)
- 1.14 10% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วชี้ (ทั้งสองข้อ)
- 1.15 8% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วชี้ (หนึ่งข้อ)
- 1.16 4% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วชี้ (หนึ่งข้อ)
- 1.17 5% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วอื่นๆ แต่ละนิ้ว (ไม่น้อยกว่าสองข้อ) นอกจากนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้
- 1.18 5% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วหัวแม่มือ
- 1.19 1% ของจำนวนเงินเอาประกันภัย สำหรับนิ้วเท้าอื่น ๆ แต่ละนิ้ว (ไม่น้อยกว่าหนึ่งข้อ) นอกจากนิ้วหัวแม่มือ

**การสูญเสียอวัยวะโดยถาวรสิ้นเชิง** หมายถึง การถูกตัดออกจากร่างกาย และให้หมายรวมถึง การสูญเสียสมรรถภาพในการใช้งานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้อีกตลอดไป

**การสูญเสียสายตา** หมายความว่า ตาบอดสนิทและไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไป

บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนตามข้อนี้เพียงรายการที่สูงสุดรายการเดียวเท่านั้น เว้นแต่กรณีที่มีการสูญเสียนิ้วมือหรือนิ้วเท้าโดยถาวรสิ้นเชิงตามรายการที่ 1.12 ถึง 1.19 และไม่ว่าจะเรียกหรือจ่ายค่าทดแทนตามรายการใดรายการหนึ่งในรายการที่ 1.1 ถึง 1.9 ได้ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ตามความสูญเสียที่แท้จริงในแต่ละรายการรวมกัน แต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในตาราง

ในกรณีทุพพลภาพถาวรบางส่วน ซึ่งไม่สามารถเรียกร้องค่าทดแทนที่กำหนดไว้ตามรายการที่ 1.2 ถึง 1.19 ได้และไม่ใช่เป็นการสูญเสียสมรรถภาพในการลืมนิส หรือดมกลิ่น บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนให้ตามความเห็นของแพทย์ของบริษัท แต่ไม่เกิน 50% ของจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในตาราง

#### ข้อ 2 : ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิงภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนรายสัปดาห์ให้ในจำนวนเงินต่อสัปดาห์ตามที่ระบุไว้ในตารางตลอดระยะเวลาที่ยังทุพพลภาพอยู่ (สูงสุดไม่เกิน 52 สัปดาห์) หักด้วยจำนวนเงินหรือจำนวนวันส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

บริษัทจะเลิกจ่ายค่าทดแทนข้อนี้ทันทีหลังจากมีกรณีต้องจ่ายค่าทดแทนที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครอง ข้อ 1

### ข้อ 3 : ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยตกเป็นบุคคลทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วนภายใน 180 วัน นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ บริษัทจะจ่ายค่าทดแทนรายสัปดาห์ให้ในจำนวนเงินต่อสัปดาห์ตามที่ระบุไว้ในตาราง ตลอดระยะเวลาที่ยังทุพพลภาพอยู่ (สูงสุดไม่เกิน 52 สัปดาห์) หักด้วยจำนวนเงินหรือจำนวนวันส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

บริษัทจะเลิกจ่ายค่าทดแทนข้อนี้ทันที หลังจากมีกรณีต้องจ่ายค่าทดแทนที่เกิดขึ้นตามข้อตกลงคุ้มครองข้อ 1 หรือ ข้อ 2

### ข้อ 4 : การรักษาพยาบาล

ถ้าความบาดเจ็บที่ได้รับทำให้ผู้เอาประกันภัยต้องรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ที่มีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ตามกฎหมาย หรือต้องได้รับการพยาบาลโดยพยาบาลที่มีใบอนุญาต บริษัทจะชดเชยค่าใช้จ่ายที่ผู้เอาประกันภัยได้จ่ายไปจริง ซึ่งเกิดขึ้นภายใน 52 สัปดาห์ นับแต่วันที่เกิดอุบัติเหตุ สำหรับค่ารักษาพยาบาล ค่าการพยาบาล แต่ไม่รวมถึงการจ้างพยาบาลพิเศษ ทั้งนี้ไม่เกินจำนวนเงินที่บริษัทต้องรับผิดชอบที่ระบุไว้ในตาราง หักด้วยจำนวนเงินส่วนแรกที่ผู้เอาประกันภัยจะต้องรับผิดชอบด้วยตนเองที่ระบุไว้ในตาราง (ถ้ามี)

แต่หากผู้เอาประกันภัยได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐ หรือสวัสดิการอื่นใด หรือจากการประกันภัยอื่นมาแล้ว บริษัทจะรับผิดชอบเพียงจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล และค่าการพยาบาลส่วนที่ขาดเท่านั้น



## ข้อยกเว้น

การประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยนี้ไม่คุ้มครอง

### 1. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่องจากสาเหตุดังต่อไปนี้

- ก. การกระทำของผู้เอาประกันภัยขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา สารเสพติด หรือยาเสพติดให้โทษจนไม่สามารถครองสติได้ คำว่า "ขณะอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา" นั้น ในกรณีที่มีการตรวจเลือดให้ถือเกณฑ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด ตั้งแต่ 150 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป
- ข. การฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายร่างกายตนเอง
- ค. การได้รับเชื้อโรค เว้นแต่การติดเชื้อโรค หรือบาดเจ็บจากเชื้อโรค หรือโรคกลัวน้ำ ซึ่งเกิดจากบาดแผลที่ได้รับมาจากอุบัติเหตุ
- ง. การรักษาทางเวชกรรมหรือศัลยกรรม เว้นแต่ที่จำเป็นจะต้องกระทำ เนื่องจากได้รับบาดเจ็บ ซึ่งได้รับความคุ้มครองภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยนี้ และได้กระทำภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย
- จ. การแข่งรถ
- ฉ. การรักษาฟัน การรักษารากฟัน การเปลี่ยนหรือใส่ฟันปลอม เว้นแต่การรักษาพยาบาลเบื้องต้น อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
- ช. การปวดหลัง อันมีสาเหตุมาจาก หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท กระดูกสันหลังเลื่อน (Spondylolisthesis) กระดูกสันหลังเสื่อม (Degeneration) หรือ (Spondylosis) กระดูกสันหลังอักเสบ (Spondylitis) และภาวะ Spondylolysis เว้นแต่มีการแตกหัก (Fracture) หรือเคลื่อน (Dislocation) ของกระดูกสันหลังอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
- ซ. สงคราม (ไม่ว่าจะประกาศหรือไม่ก็ตาม) การรุกราน หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือขึ้นต่อต้านรัฐบาล การจลาจล การนัดหยุดงาน
- ณ. อาวุธนิวเคลียร์ การแผ่รังสี หรือกัมมันตภาพรังสีจากเชื้อเพลิงนิวเคลียร์ หรือจากกากนิวเคลียร์ใดๆ อันเนื่องมาจากการเผาไหม้ของเชื้อเพลิงนิวเคลียร์และกรรมวิธีใดๆ แห่งการแตกแยกตัวทางนิวเคลียร์ ซึ่งดำเนินการติดต่อกันไปโดยตัวของมันเอง

### 2. ความสูญเสีย หรือความเสียหายใด ๆ ที่เกิดขึ้นในเวลาต่อไปนี้

- ก. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยล้าสัตว์ในป่า แข่งรถหรือแข่งเรือทุกชนิด แข่งม้า เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิด แข่งสเก็ต ขกมวย โครว์ม (เว้นแต่การโครว์มเพื่อรักษาชีวิต) ขณะกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือเครื่องร่อน เล่นบันจีจัมพ์ ปีนหรือไต่เขาที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย ดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศและเครื่องช่วยหายใจใต้น้ำ
- ข. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์
- ค. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยกำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือขณะโดยสารอยู่ในอากาศยานที่มีได้จดทะเบียนเพื่อบรรทุกผู้โดยสาร และมีได้ประกอบการโดยสายการบินพาณิชย์
- ง. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยขับขี่หรือปฏิบัติหน้าที่เป็นพนักงานประจำอากาศยานใด ๆ
- จ. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยเข้าร่วมทะเลาะวิวาทหรือมีส่วนช่วยทำให้เกิดการทะเลาะวิวาท
- ฉ. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยก่ออาชญากรรม หรือขณะที่ถูกจับกุม หรือหลบหนีการจับกุม
- ช. ขณะที่ผู้เอาประกันภัยปฏิบัติหน้าที่เป็น ทหาร ตำรวจ หรืออาสาสมัคร และเข้าปฏิบัติการในสงคราม หรือปราบปราม แต่หากการเข้าปฏิบัติการนั้นเกิน 30 วัน บริษัทจะคืนเบี้ยประกันภัย ตั้งแต่ระยะเวลาที่เข้าปฏิบัติการสงคราม หรือปราบปรามนั้นจนถึงวันสิ้นสุดการปฏิบัติการนั้น ส่วนหลังจากนั้นให้กรมธรรม์มีผลบังคับต่อไปจนสิ้นสุดระยะเวลาประกันภัยที่กำหนดไว้ในตาราง



บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินซัวรันส์  
New Hampshire Insurance Company  
สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรณ์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
Head Office, 21<sup>st</sup> - 23<sup>rd</sup> Floor, Siam Piwat Tower, 989 Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand  
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999  
ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ / Business Registration No. 0100522000494 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0100522000494

การขยายความคุ้มครอง

รหัสบริษัท : NHI (ใช้เฉพาะเป็นเอกสารแนบท้ายกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลและกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม) อ.บ.3

|                                                                     |                                                    |                                  |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------|
| เอกสารแนบท้ายเลขที่                                                 | เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ 0222456510 | วันที่ทำเอกสาร 30 พฤศจิกายน 2563 |
| ชื่อผู้เอาประกันภัย สมาชิกสวัสดิการ สป. กษ.                         |                                                    |                                  |
| ระยะเวลาที่มีผลบังคับ : เริ่มต้นวันที่ 1 ธันวาคม 2563 เวลา 12:00 น. | สิ้นสุดวันที่ 1 ธันวาคม 2564 เวลา 12:00 น.         |                                  |
| เบี้ยประกันภัย รวมอยู่ด้วย                                          | ภาษี                                               | อากร รวม                         |

การขยายความคุ้มครอง : เป็นที่ตกลงกันว่า ในระยะเวลาซึ่งมีผลบังคับดังระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้ กรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าวข้างต้น ได้ขยายไปคุ้มครอง ความสูญเสียหรือความเสียหายใด ๆ อันเกิดจาก หรือสืบเนื่อง หรือเกิดขึ้นในเวลาดังต่อไปนี้ ทั้งนี้เฉพาะในข้อตกลงคุ้มครองข้อที่มีจำนวนเงินเอาประกันภัยระบุไว้เท่านั้น

| การขยายความคุ้มครอง                                                                 | ข้อตกลงคุ้มครอง       |                |                       |                  |                       |                |                       |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|----------------|
|                                                                                     | ข้อ 1                 |                | ข้อ 2                 |                  | ข้อ 3                 |                | ข้อ 4                 |                |
|                                                                                     | จำนวนเงินเอาประกันภัย | เบี้ยประกันภัย | จำนวนเงินเอาประกันภัย | เบี้ยประกันภัย   | จำนวนเงินเอาประกันภัย | เบี้ยประกันภัย | จำนวนเงินเอาประกันภัย | เบี้ยประกันภัย |
|                                                                                     | (บาท)                 | (บาท)          | (บาท)                 | (บาท)            | (บาท)                 | (บาท)          | (บาท)                 | (บาท)          |
| (1) สงคราม การรุกราน หรือการกระทำของศัตรูต่างชาติ สงครามกลางเมือง การปฏิวัติ การกบฏ | < _____               |                |                       | ไม่คุ้มครอง      |                       |                | > _____               |                |
| (2) การนัดหยุดงาน การจลาจล การที่ประชาชนก่อความวุ่นวายถึงขนาดลุกฮือต่อต้านรัฐบาล    | < _____               |                |                       | ไม่คุ้มครอง      |                       |                | > _____               |                |
| (3) การเล่นหรือแข่งกีฬาอันตราย                                                      | < _____               |                |                       | ไม่คุ้มครอง      |                       |                | > _____               |                |
| (4) การขับขีหรือโดยสารรถจักรยานยนต์                                                 | < _____               |                |                       | ดังเอกสารแนบท้าย |                       |                | > _____               |                |
| (5) การโดยสารอากาศยานที่มีได้ประกอบการโดยสารการบินพาณิชย์                           | < _____               |                |                       | ไม่คุ้มครอง      |                       |                | > _____               |                |

กีฬาอันตราย หมายถึง การล่าสัตว์ในป่า แข่งรถ แข่งเรือ แข่งม้า เล่นหรือแข่งสกีทุกชนิด แข่งสเก็ต ชกมวย โครว์ม (เว้นแต่การโครว์มเพื่อรักษาชีวิต)

ขณะที่กำลังขึ้นหรือกำลังลง หรือโดยสารอยู่ในบอลลูน หรือเครื่องร่อน การเล่นบันจีจัมป์ การปีนหรือไต่เขาที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย การดำน้ำที่ต้องใช้ถังอากาศและเครื่องช่วยหายใจได้น้ำ

ความรับผิดชอบของบริษัทมีไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัยที่ระบุไว้ในเอกสารแนบท้ายนี้

ถ้าข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความในกรมธรรม์ประกันภัยให้ใช้ข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้แทน

ส่วนเงื่อนไขสัญญาประกันภัยและข้อยกเว้นอื่น ๆ ในกรมธรรม์ประกันภัยคงใช้บังคับตามเดิม



บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินชัวรันส์  
New Hampshire Insurance Company

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิวรรณ์ทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
Head Office, 21<sup>st</sup> - 23<sup>rd</sup> Floor, Siam Piwat Tower, 989 Rama I Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand  
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999  
ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ / Business Registration No. 0100522000494 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0100522000494

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                     |                     |                              |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|----------------|
| รหัสบริษัท :<br>Company Code :                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | โบสถ์หลังแนบท้ายกรมธรรม์<br>Endorsement                             |                     | Manu Script 1                |                |
| เอกสารแนบท้ายเลขที่<br>Endorsement No.                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | เป็นส่วนหนึ่งของกรมธรรม์เลขที่ :<br>Forming a part of Policy Number |                     | วันที่เอกสาร<br>Date Issued  |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 0222456510                                                          |                     | 30 พฤศจิกายน 2563            |                |
| 1. ชื่อผู้เอาประกันภัย :<br>The Insured Name :                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                     |                     |                              |                |
| สมาชิกสวัสดิการ สป. กษ.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                     |                     |                              |                |
| 2. ระยะเวลาประกันภัย : เริ่มต้นวันที่<br>Period of Insurance : From                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                     |                     |                              |                |
| 1 ธันวาคม 2563                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | เวลา<br>at                                                          | 12:00               | น. สิ้นสุดวันที่<br>hours to | 1 ธันวาคม 2564 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | เวลา<br>at                                                          | 12:00               | น.<br>hours                  |                |
| 3. จำนวนเงินเอาประกันภัย :<br>Sum Insured :                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                     |                     |                              |                |
| ตามหน้าตารางกรมธรรม์ As per Policy Schedule                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                     |                     |                              |                |
| 4. เบี้ยประกันภัย :<br>Premium :                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                     |                     |                              |                |
| รวมอยู่ด้วย<br>Included                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | บาท<br>Baht                                                         | ภาษี :<br>Tax :     | บาท<br>Baht                  | รวม<br>Total   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                     | อกร :<br>Stamp Duty |                              | บาท<br>Baht    |
| เป็นที่ตกลงและเข้าใจกันทั้งสองฝ่ายว่า ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2563                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                     |                     |                              |                |
| 1. ขยายอายุผู้เอาประกันภัยจากระหว่าง 15-65 ปี                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                     |                     |                              |                |
| 2. กรณีการชำระค่าสินไหมทดแทนค่ารักษาพยาบาล ทางบริษัทฯ จะดำเนินการออกเช็คค่าสินไหมทดแทน ในนามของผู้บาดเจ็บแต่ละคน หรือ ชื่อบุคคล ที่ทาง สมาชิกสวัสดิการ สป. กษ. แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ในกรณีที่ สมาชิกสวัสดิการ สป. กษ. ได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปให้แก่ผู้บาดเจ็บแต่ละคนก่อน |  |                                                                     |                     |                              |                |
| 3. กรณีการชำระค่าสินไหมทดแทน กรณีสมาชิกเสียชีวิต ทางบริษัทฯ จะดำเนินการออกเช็คค่าสินไหมทดแทนในนามของ ผู้รับประโยชน์ที่ทาง สมาชิกสวัสดิการ สป. กษ. ระบุเป็นรายลักษณ์อักษรกับทางสมาชิกสวัสดิการ สป.กษ.                                                                                                           |  |                                                                     |                     |                              |                |
| AIG                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                     |                     |                              |                |
| ถ้าข้อความในเอกสารนี้ขัดหรือแย้งกับข้อความในกรมธรรม์ ให้ใช้ข้อความในเอกสารนี้แทน ส่วนเงื่อนไขและข้อยกเว้นอื่น ๆ ในกรมธรรม์คงใช้บังคับตามเดิม                                                                                                                                                                   |  |                                                                     |                     |                              |                |



บริษัท นิวแฮมป์เชอร์ อินชัวรันส์  
New Hampshire Insurance Company

สำนักงานใหญ่ ชั้น 21-23 อาคารสยามพิ๋วรัตนโกวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพหลโยธิน แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
Head Office, 21<sup>st</sup> - 23<sup>rd</sup> Floor, Siam Piwat Tower, 989 Rama I Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand  
Office : 66 (0) 2649 1000 Call Center : 66 (0) 2649 1999  
ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ / Business Registration No. 0100522000494 | เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID. 0100522000494

**คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหมหรือเงินทดแทน**

**การประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล**

**1. กรณีผู้เอาประกันภัยประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต**

- 1.1 ให้ผู้รับผลประโยชน์หรือญาติรีบแจ้งให้บริษัทฯ ทราบทันที (โทรศัพท์, โทรเลข, ฯลฯ) รักษาศพให้คงสภาพเดิม จัดให้มี
- 1.2 การชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย ชะลอการเผาหรือฝังไว้จนกว่าเจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ ไปตรวจสอบ หากจำเป็นต้อง
- 1.3 ตรวจชันสูตร โดยแพทย์ที่บริษัทฯ จัดหา เจ้าหน้าที่ของบริษัทจะแจ้งให้ทราบและจัดหาแพทย์ทำการตรวจชันสูตรในเวลาอันสมควร
- 1.4 ให้ผู้รับผลประโยชน์หรือญาติจัดหาเอกสาร เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมการเสียชีวิตโดยอุบัติเหตุส่งให้บริษัทฯ ภายใน 30 วัน นับแต่วันเสียชีวิต
  - สำเนาใบมรณะบัตรของผู้เอาประกันภัย
  - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยและผู้รับผลประโยชน์
  - บัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัยและผู้รับผลประโยชน์
  - สำเนาทะเบียนที่กประจำวันของเจ้าพนักงานตำรวจ
  - สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพจากเจ้าพนักงานตำรวจ
  - รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา (หากเสียชีวิตระหว่างการรักษา)
  - กรอกรายละเอียดใน “แบบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ” โดยผู้รับผลประโยชน์ลงลายมือชื่อ
  - เอกสารแสดงการเป็นพนักงาน เช่น บัตรพนักงาน, บัตรลงเวลาการทำงาน, บัญชีการจ่ายค่าจ้าง ฯ (กรณีประกันกลุ่มพนักงาน)
  - สำเนาหนังสือเดินทาง, วีซ่า (กรณีเป็นชาวต่างชาติ)
  - ใบรายงานการผ่าชันสูตรศพจากแพทย์ในกรณีจำเป็น

**2. กรณีผู้เอาประกันภัยประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บ**

- 2.1 ให้ผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับผลประโยชน์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบโดยไม่ชักช้า
- 2.2 กรอกรายละเอียดใน “แบบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ” โดยผู้ถือกรรมสิทธิ์ลงลายมือชื่อ “ผู้เรียกร้อง (ตอนล่าง)” และ ผู้บาดเจ็บลงลายมือชื่อ “ผู้เรียกร้องค่าทดแทน” (ใบมอบฉันทะ-ตอนบน) แล้วรีบส่งบริษัทฯ โดยไม่ต้องรอส่งพร้อมกับเอกสารอื่น
- 2.3 ให้ผู้เอาประกันภัยหรือผู้เรียกร้องค่าทดแทนส่งเอกสาร เพื่อประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหม-ค่ารักษาพยาบาล
  - รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษาตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ (หากบาดเจ็บเล็กน้อยจะใช้แบบฟอร์มของแพทย์ก็ได้)
  - ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลที่ออกทุกครั้งที่ได้รับการรักษาพยาบาล หากเป็นค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (คนไข้ใน) ต้องมีใบรายการแสดงการคิดค่าเงินรักษาพยาบาลด้วย

**หมายเหตุ:** หากท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรุณาติดต่อที่ โทร. 0-2649-1999 ในเวลาทำการ

(จ.-ศ. เวลา 08.30น. – 17.00น.)

: กรุณาดาวน์โหลดแบบเรียกร้องค่าทดแทน (Claim Form) ได้ที่ <http://www.aig.com/th>

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

- กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้รับไปไว้ในตอนท้ายของแต่ละความคุ้มครอง รวมถึงเบอร์โทรศัพท์มือถือและ e-mail เพื่อทางบริษัทจะสามารถแจ้งความคืบหน้าเกี่ยวกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน
- เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมโดยผ่านทาง 2 ช่องทาง ดังนี้
  - ส่งผ่านไปรษณีย์ โดยท่านสามารถส่งมาตามที่อยู่ด้านล่างนี้  
แผนกสินไหมทดแทน  
ตู้ ป.ณ. 40 ปณศ. รongเมือง กรุงเทพฯ 10330
  - ส่งผ่านตัวแทน/นายหน้าประกันภัยที่ท่านซื้อกรมธรรม์
- เมื่อบริษัทได้รับเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมจากท่าน บริษัทจะทำการส่ง SMS เพื่อยืนยันการรับเอกสาร
- เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมตามที่ระบุในแต่ละส่วน เป็นรายการเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต้องการพิจารณาค่าสินไหมของท่าน บางกรณีบริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้
- ในกรณีที่บริษัทต้องการเอกสารในการพิจารณาเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทจะแจ้งให้ท่านทราบภายใน 5 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสาร
- ในกรณีที่เอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมครบถ้วนสมบูรณ์ ทางบริษัทจะใช้เวลา 15 วันทำการ ในการพิจารณา พร้อมทั้งแจ้งผลการอนุมัติผ่านทาง e-mail หรือ sms ให้ท่านทราบต่อไป

ข้อมูลทั่วไป (กรุณารอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

|                                                                                                                   |     |                                                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหม                                                                                         |     | กรมธรรม์เลขที่                                                                                                                                    |     |
| บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่                                                                                         | เพศ | วัน/เดือน/ปีเกิด                                                                                                                                  | / / |
| ที่อยู่                                                                                                           |     |                                                                                                                                                   |     |
| อาชีพ                                                                                                             |     | อีเมลที่ติดต่อได้                                                                                                                                 |     |
| เบอร์โทรศัพท์มือถือ<br>(เพื่อแจ้งความคืบหน้า)                                                                     |     | เบอร์โทรศัพท์บ้าน / ที่ทำงาน                                                                                                                      |     |
| ในกรณีที่ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหมและชื่อผู้ถือกรมธรรม์ไม่ได้เป็นชื่อเดียวกัน<br>โปรดระบุชื่อผู้ถือกรมธรรม์       |     | ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่<br>ในกรณีที่ใช่โปรดระบุชื่อบริษัท |     |
| สำหรับกรมธรรม์ประกันการเดินทางโปรดระบุ<br>ระยะเวลาการเดินทางตั้งแต่วันที่ (วัน/เดือน/ปี) / / ถึงวันที่ / / ประเทศ |     |                                                                                                                                                   |     |

ช่องทางการรับค่าสินไหมทดแทน

|                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>เช็คเงินสด</p> <p>- ที่อยู่ในการจัดส่งเช็คเงินสดเป็นจดหมายลงทะเบียน</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

กรุณาเลือกและกรอกรายละเอียดเฉพาะส่วนที่ท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหม

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล / การชดเชยรายได้ / การชดเชยค่าผ่าตัด / ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง (ส่วนที่ 1)<br><input type="checkbox"/> ชดเชยการสูญหายของเงินส่วนตัว / เอกสารเดินทาง / อุปกรณ์กอล์ฟ / การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางรวมถึงโน้ตบุ๊กเนื่องจากภัยธรรมชาติ (ส่วนที่ 2)<br><input type="checkbox"/> ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลาดเที่ยวบิน / การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง (ส่วนที่ 3)<br><input type="checkbox"/> การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง (ส่วนที่ 4)<br><input type="checkbox"/> การเสียชีวิต / ทูพพลภาพ / การสูญเสียอวัยวะ (ส่วนที่ 5)<br><input type="checkbox"/> อื่นๆ เช่น กระเป๋าเงินสูญหาย ความรับผิดชอบส่วนแรกของรถเช่า เป็นต้น (ส่วนที่ 6) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้าทราบดีว่าบริษัทหรือตัวแทนอาจส่งต่อหรือสอบถามรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวข้องจากการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้กับบริษัทประกันภัยรายอื่น และ / หรือ หน่วยงานอื่นใดที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือแพทย์ ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้องค่าชดเชยเพื่อส่งมอบต่อ บริษัท นิวแฮมพ์เชอร์ อินชัวร์นส์ สาขาประเทศไทย และ/หรือ บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาคำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายมือชื่อของผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย

วันที่

ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน

วันที่

(ในกรณีที่ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหายไม่สามารถลงลายมือชื่อได้)

ส่วนที่ 1 : คำรักษาพยาบาล / การชดเชยรายได้ / การชดเชยค่าผ่าตัด / ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |      |                                        |   |   |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|------|----------------------------------------|---|---|------|
| วัน เวลา ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย (วัน/เดือน/ปี)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | / | / | เวลา | วันที่ไปพบแพทย์ครั้งแรก (วัน/เดือน/ปี) | / | / | เวลา |
| กรณีที่ได้รับบาดเจ็บโปรดบรรยายลักษณะการเกิดเหตุและสถานที่เกิดเหตุ / กรณีเจ็บป่วยโปรดบรรยายอาการที่ปรากฏ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |      |                                        |   |   |      |
| <b>เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิประโยชน์</b><br><b>คำรักษาพยาบาล / การชดเชยค่าผ่าตัด</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- สำเนาใบรับรองแพทย์</li><li>- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับคำรักษาพยาบาล/ค่าผ่าตัด (ที่ระบุรายการคำรักษาพยาบาลต่าง ๆ)</li><li>- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง</li><li>- กรณีประกันภัยเดินทางต่างประเทศ สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทยของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก</li><li>- กรณีเรียกร้องคำรักษาพยาบาลในประเทศภูมิลำเนาของ Overseas Student ต้องส่งเอกสารรับรองการกลับไปศึกษาต่อที่ต่างประเทศ เช่น ตารางการเดินทางเพื่อกลับไปศึกษาต่อ, ใบลงทะเบียนเรียน</li><li>- หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม แบบไม่ระบุชื่อ)</li></ul> <b>การชดเชยรายได้</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- สำเนาใบรับรองแพทย์</li><li>- สำเนาใบแจ้งหนี้หรือสำเนาใบเสร็จรับเงิน</li><li>- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน</li></ul> <b>ประกันภัยแผนโรคมะเร็ง</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- สำเนาใบรับรองแพทย์</li><li>- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย</li><li>- รายงานผลชิ้นเนื้อ</li></ul> |   |   |      |                                        |   |   |      |

ส่วนที่ 2: ชดเชยการสูญหายของเงินส่วนตัว / เอกสารเดินทาง / อุปกรณ์กอล์ฟ / การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง รวมถึงไม้กอล์ฟเนื่องจากภัยธรรมชาติ / การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว

|                                            |                      |                          |                                            |
|--------------------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------------------|
| วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี)              | /                    | /                        | สถานที่เกิดเหตุ (สถานที่ / เมือง / ประเทศ) |
| กรุณาระบายลักษณะการเกิดเหตุ                |                      |                          |                                            |
| <b>รายละเอียดของรายการสูญหาย / เสียหาย</b> |                      |                          |                                            |
| รายการสูญหาย / เสียหาย                     | วัน/เดือน/ปี ที่ซื้อ | ราคาซื้อ หรือ ค่าซ่อมแซม |                                            |
|                                            | / /                  |                          |                                            |
|                                            | / /                  |                          |                                            |
|                                            | / /                  |                          |                                            |
|                                            | / /                  |                          |                                            |
|                                            | / /                  |                          |                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิประโยชน์</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน</li><li>- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)</li><li>- ต้องนำเอกสารรายงานความเสียหายที่ออกโดยตำรวจ / โรงแรม / บริษัทขนส่ง / สนามกอล์ฟ เพื่อประกอบการพิจารณา</li><li>- หากโรงแรมหรือบริษัทขนส่งได้เสนอการชดเชย รวมไปถึงการซ่อมหรือการเปลี่ยนใหม่ โปรดแนบสำเนาหนังสือรับรองการชดเชย</li></ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>การสูญหายของเงินส่วนตัว</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุ</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>การสูญหายของเอกสารเดินทาง</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุ</li><li>- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าเดินทาง, ค่าที่พัก และค่าดำเนินการออกหนังสือเดินทางและวีซ่าใหม่</li></ul>                                                                                                                                                                       | <b>การสูญหายหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทาง รวมไปถึงไม้กอล์ฟเนื่องจากภัยธรรมชาติ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- จัดหมายรับรองความสูญเสียหรือเสียหายจากทางโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่ง</li><li>- รายการและราคาของที่สูญเสียหรือเสียหาย</li><li>- ข่าวสารที่ระบุว่าเกิดเหตุภัยธรรมชาติ</li></ul> |
| <b>อุปกรณ์กอล์ฟ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าซ่อมแซม หรืออุปกรณ์ที่ซื้อใหม่</li><li>- บันทึกประจำวันตำรวจที่ออกให้ภายใน 24 ชั่วโมงนับจากเวลาเกิดเหตุ</li><li>- หนังสือรับรองจากสนามกอล์ฟ</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>การสูญเสียหรือเสียหายของกระเป๋าเดินทางหรือทรัพย์สินส่วนตัว</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- จัดหมายรับรองความสูญเสียหรือเสียหายที่เกิดขึ้นจากฝ่ายบริหารของโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่ง กรณีการสูญเสียหรือเสียหายนั้นอยู่ในความควบคุมของพนักงานโรงแรมหรือบริษัทผู้ขนส่ง</li><li>- ในบันทึกประจำวันตำรวจออกให้ภายใน 24 ชม. นับจากเวลาเกิดเหตุ กรณีการสูญเสียหรือเสียหายเกิดจากการขโมย หรือบังคับในลักษณะรุนแรง</li></ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

ส่วนที่ 3: 3.1 ความล่าช้าในการเดินทาง / การพลัดเที่ยวบิน  
3.2 การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

|                                                        |   |   |                                            |           |
|--------------------------------------------------------|---|---|--------------------------------------------|-----------|
| กรุณาระบายสาเหตุการล่าช้าในการเดินทาง/การพลัดเที่ยวบิน |   |   | สถานที่เกิดเหตุ (สถานที่ / เมือง / ประเทศ) |           |
| <b>กำหนดการเดินทางเดิม</b>                             |   |   |                                            |           |
| วัน/เดือน/ปี                                           | / | / | เวลาออกเดินทาง                             | เที่ยวบิน |
| <b>กำหนดการเดินทางใหม่</b>                             |   |   |                                            |           |
| วัน/เดือน/ปี                                           | / | / | เวลาออกเดินทาง                             | เที่ยวบิน |

รายการค่าใช้จ่ายสำหรับค่าที่พัก ค่าอาหาร และเครื่องดื่ม ที่เกิดขึ้นจากการพลาดเที่ยวบิน

### 3.2 การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

กรุณาระบายถึงสาเหตุของการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

|                                        |   |   |      |                        |
|----------------------------------------|---|---|------|------------------------|
| วัน/เดือน/ปี (ที่กระเป๋าเดินทางล่าช้า) | / | / | เวลา | สถานที่ (เมือง/ประเทศ) |
| วัน/เดือน/ปี (ที่ได้รับกระเป๋าคืน)     | / | / | เวลา |                        |

ผู้เอาประกันมีรายการข้อของใช้ที่จำเป็นระหว่างการล่าช้าที่เกิดขึ้น ใช่หรือไม่? ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

รายการค่าใช้จ่ายสำหรับการซื้อเสื้อผ้า เครื่องแต่งตัว หรือเครื่องใช้ส่วนตัวที่จำเป็นที่เกิดขึ้นจากการล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

#### เอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมมีดังนี้

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน พร้อมหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.) หากเข้าออกผ่านทางระบบอัตโนมัติโปรดส่ง Flight Itinerary หรือ E-Ticket ที่ระบุวันเวลาที่เดินทางเข้าออก

#### 1. ความล่าช้าในการเดินทาง

- หนังสือรับรองการล่าช้าจากสายการบิน
- บัตรโดยสารและตัวเครื่องบินทั้งหมด

#### 2. การพลาดเที่ยวบิน

- หนังสือรับรองการพลาดเที่ยวบินจากสายการบิน
- บัตรโดยสารและตัวเครื่องบินทั้งหมด
- ใบเสร็จรับเงินคืนฉบับค่าอาหาร เครื่องดื่มที่จำเป็น ค่าโรงแรม ที่พักระหว่างรอเที่ยวบินทดแทน

#### 3. การล่าช้าของกระเป๋าเดินทาง

- หนังสือรับรองการล่าช้าของกระเป๋าเดินทางจากสายการบิน
- เอกสารการรับกระเป๋าคืนจากสายการบิน
- ใบเสร็จรับเงินคืนฉบับหรือเอกสารรับรองการจ่ายเงิน เช่น ใบแสดงรายการค่าใช้จ่ายจากบัตรเครดิต สำหรับการซื้อเสื้อผ้า เครื่องแต่งตัว หรือเครื่องใช้ส่วนตัวที่จำเป็น

### ส่วนที่ 4: การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง / การลดจำนวนวันเดินทาง

กรุณาระบายถึงสาเหตุของการบอกเลิก / ลดจำนวนวันเดินทาง

#### กำหนดการเดินทางเดิม

|                      |   |   |                  |   |   |
|----------------------|---|---|------------------|---|---|
| ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี | / | / | ถึง วัน/เดือน/ปี | / | / |
|----------------------|---|---|------------------|---|---|

#### กำหนดการเดินทางใหม่

|                      |   |   |                  |   |   |
|----------------------|---|---|------------------|---|---|
| ตั้งแต่ วัน/เดือน/ปี | / | / | ถึง วัน/เดือน/ปี | / | / |
|----------------------|---|---|------------------|---|---|

รายการค่าใช้จ่าย ที่เกิดจากการเลื่อนหรือบอกเลิกการเดินทาง หรือ การลดจำนวนวันเดินทาง

การเลื่อนหรือการบอกเลิกการเดินทาง เป็นสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิต ของผู้เอาประกันภัย /ญาติหรือคนในครอบครัวของผู้เอาประกันภัยโปรดกรอกรายละเอียดด้านล่างนี้

| ชื่อ — นามสกุล | ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน | วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี) |
|----------------|-----------------------------|-------------------------------|
|                |                             | / /                           |
|                |                             | / /                           |

กรุณาตรวจสอบเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมในหน้าถัดไป

### เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่มีดังนี้

- สำเนาใบรับรองแพทย์, ใบมรณบัตร (กรณีที่มีผู้เอาประกันภัย หรือสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุหรือเสียชีวิต)
- เอกสารทางกฎหมายที่แสดงความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น สูติบัตร, ทะเบียนสมรส หรือทะเบียนบ้าน (กรณีที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยหรือประสบอุบัติเหตุหรือเสียชีวิต และเป็นสาเหตุให้ต้องมีการลดจำนวนวันหรือยกเลิกการเดินทาง)
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

กรณีการเลื่อนหรือการยกเลิกการเดินทาง - กรุณาแนบใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเลื่อนหรือยกเลิกการเดินทาง และเอกสารการได้รับการคืนเงิน (ถ้ามี)

กรณีการลดจำนวนวันเดินทาง - กรุณาแนบใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการลดจำนวนวันเดินทาง และเอกสารการได้รับการคืนเงิน (ถ้ามี)

### ส่วนที่ 5: การเสียชีวิต / ทุพพลภาพ

|                               |   |   |      |                 |
|-------------------------------|---|---|------|-----------------|
| วันที่เกิดเหตุ (วัน/เดือน/ปี) | / | / | เวลา | สถานที่เกิดเหตุ |
|-------------------------------|---|---|------|-----------------|

กรุณารายรายละเอียดและลักษณะการเกิดเหตุ

### เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่มีดังนี้

#### การเสียชีวิต

- สำเนาใบรับรองแพทย์
- หนังสือยืนยันการเกิดอุบัติเหตุจากสายการบินพาณิชย์ (ในกรณีเสียชีวิตขณะเดินทางอยู่บนสายการบินพาณิชย์)
- บันทึกประจำวันตำรวจ
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
- เอกสารระบุการแต่งตั้งผู้จัดการกองมรดก (ในกรณีที่กรมธรรม์ระบุจ่ายกองมรดก)
- สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ รายงานการตรวจศพ (Autopsy Report)
- ใบมรณบัตรของผู้เอาประกัน
- หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม แบบไม่ระบุรายชื่อ)

#### ทุพพลภาพ

- สำเนาใบรับรองแพทย์
  - สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน
  - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน
  - รูปถ่ายการทุพพลภาพ/การสูญเสียอวัยวะ
- (ในกรณีจ่ายผู้รับผลประโยชน์จะต้องแนบเอกสารของผู้รับผลประโยชน์มาด้วย ได้แก่ สำเนาบัตรประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน)
- หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน (กรณีกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม แบบไม่ระบุรายชื่อ)

### ส่วนที่ 6: การเรียกร้องความคุ้มครองอื่นๆ เช่น ความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก, ความรับผิดชอบส่วนแรกของรถเช่า เป็นต้น

|                    |
|--------------------|
| กรุณารายรายละเอียด |
|--------------------|

|                |   |   |      |                 |
|----------------|---|---|------|-----------------|
| วันที่เกิดเหตุ | / | / | เวลา | สถานที่เกิดเหตุ |
|----------------|---|---|------|-----------------|

จำนวนเงิน บาท

### เอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่มีดังนี้

#### ความรับผิดชอบต่อบุคคลภายนอก

- สำเนาใบรับรองแพทย์และใบเสร็จ กรณีทำให้ผู้อื่นประสบอุบัติเหตุ
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับค่าซ่อมแซมหรือใบเสร็จและจดหมายยืนยันจากทางร้านค้า ในกรณีที่จำเป็นต้องซื้อของชิ้นนั้นๆ เนื่องจากทำให้ของชิ้นนั้นเสียหาย
- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)

#### ความรับผิดชอบส่วนแรกของรถเช่า

- สำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรโดยสาร หรือตั๋วเครื่องบิน หรือหนังสือเดินทางหน้าที่มีตราประทับ ระบุวันที่เข้า-ออกประเทศไทย ของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง (ตม.)
- หนังสือสัญญาเช่ารถ
- ตารางกรมธรรม์ประกันภัยรถยนต์ที่เช่าและระบุค่าความรับผิดชอบส่วนแรก (Excess)
- ใบบันทึกประจำวันตำรวจที่ระบุรายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ และรายละเอียดความเสียหายของตัวรถ
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับการชำระค่าความรับผิดชอบส่วนแรก (Excess)

\*\*สำหรับความคุ้มครองอื่นๆ สามารถดูเอกสารประกอบการพิจารณาสิทธิใหม่เพิ่มเติมได้ที่ [www.aig.co.th](http://www.aig.co.th)\*\*

ศูนย์บริการลูกค้าสัมพันธ์:

โทร. 0 2649 1999 โทรสาร 0 2649 1998

แผนกสิทธิใหม่ทดแทน

ชั้น 22 อาคารสยามพวรวอร์มทาวเวอร์ เลขที่ 989 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ติดต่อสอบถามผลการพิจารณาสิทธิใหม่

โทร. 0 2649 1999 กด 1 และ 2 (เวลาทำการ วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 8.30 - 17.00 น.)

อีเมล: [claimshareservices@aig.com](mailto:claimshareservices@aig.com)

แบบปฎิบัติการบริการ ติดต่อเรื่องร้องเรียน

โทร. 0 2649 1596 โทรสาร 0 2649 1998

อีเมล: [complaint.th@aig.com](mailto:complaint.th@aig.com)

หมายเหตุ: การประกอบธุรกิจของกลุ่มบริษัทเอไอจี ประเทศไทย ประกอบด้วย บริษัท เอไอจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) และ บริษัท บีเอชพีเอช เอ็มไอวีเอ็น