

5. ส่งใบคำขอเอาประกันต้นฉบับ ที่ชำระเงินค่าเบี้ยประกันภัยผ่านเคาน์เตอร์ไปรษณีย์ ไปยัง บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขที่ 63/2 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10320 โดยระบุมุมของจดหมาย “โครงการประกันอุบัติเหตุ” ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปจนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2557 กรณีที่ส่งใบคำขอเอาประกันพร้อมเงินค่าเบี้ยประกันภายหลังวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2557 จะถือวันเริ่มต้นการคุ้มครองตามวันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นสำคัญ

6. บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะจัดส่งบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัยเป็นรายบุคคล ภายใน 30 วัน ไปยังสถานศึกษา หรือหน่วยงานของผู้เอาประกัน แล้วแต่กรณี

7. รายละเอียดความคุ้มครอง ข้อยกเว้นและการจ่ายค่าสินไหมทดแทนของโครงการฯ ปรากฏอยู่ด้านหลังใบคำขอเอาประกันตามที่ส่งมาด้วย (1)

8. จำนวนทุนประกันภัย อัตราค่าเบี้ยประกันต่อปี ค่าดำเนินการที่หักไว้และค่าเบี้ยประกันที่ต้องนำส่ง บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ดังนี้

ที่	ทุนประกันภัย (บาท)	ผู้เอาประกัน จ่ายต่อปี/บาท	หน่วยงาน หักค่าดำเนินการไว้ (บาท)	นำส่งบริษัท (บาท)
1.	300,000	315	15	300
2.	500,000	525	25	500

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอความอนุเคราะห์ โดยประสานงานกับสำนักงาน สกสศ. จังหวัด ในการดำเนินการด้วย จะขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

(นายตะนัย มะหิพันธ์)

รองเลขาธิการคณะกรรมการ สกสศ.
ปฏิบัติกรแทนเลขาธิการคณะกรรมการ สกสศ.

กลุ่มส่งเสริมสวัสดิการ

สำนักสวัสดิการครู

โทร./โทรสาร 0 2280 2906