



บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ชั้นที่ 14, 15, 17 และ 19 อาคารจัสมินซิตี้ เลขที่ 2 ซอยสุขุมวิท 23 ถนนสุขุมวิท แขวง
คลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ : 0-2661-6000 โทรสาร : 0-2665-2728 และแฟกซ์เลขที่ 0107555000171

ข้อเสนอการประกันภัย / Quotation offer

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

ตารางความคุ้มครอง / Coverages

ความคุ้มครอง (อนุ.2) Coverage	จำนวนเงินเอาประกันภัย(บาท) Sum Insured
1.การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียงหรือทุพพลภาพถาวร Loss of life, Dismemberment and permanent disability due to accident	140,000
2.ทุนเสียชีวิต ทุพพลภาพถาวร สูญเสียอวัยวะเนื่องจากฆาตกรรม ทำร้ายร่างกาย Loss of life due to Murder Assault	140,000
3.ทุนเสียชีวิต ทุพพลภาพถาวร สูญเสียอวัยวะเนื่องจากการขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ Loss of life due to Motorcycle	140,000
4. ทุนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุสาธารณะ / Loss of life due to public accident (รวมความคุ้มครอง ข้อ 1 แล้ว)	0
5.ค่าปลงศพกรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย / Funeral Expense due to sickness	14,000
6.การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง / Medical expenses due to accident (เลือกสิทธิ์ระหว่างข้อ 6 หรือข้อ7)	14,000
7.1.ค่าชดเชยผู้ป่วยใน IPD จากอุบัติเหตุ (สูงสุด 30 วันต่อปี) เบิกได้ไม่เกิน ค่ารักษาพยาบาลที่ข้อ 6 / Other expenses due to IPD accident (maximum 30 days). (เลือกสิทธิ์ระหว่างข้อ 6 หรือข้อ7)	500
8.การประกันภัยความรับผิดของสถานศึกษาต่อนักเรียน (จำนวนเงินคุ้มครองต่อคน สูงสุดต่อกรมธรรม์ไม่เกิน) School liability per person & per policy is not more than	140,000
9.คุ้มครองความรับผิดของสถานศึกษา (สูงสุดไม่เกิน) / School liability in aggregate	14,000,000
10.ทุนเสียชีวิต ครู บุคลากร เนื่องจากอุบัติเหตุทั่วไป / Loss of life due to accident for school staff	0
11.ค่ารักษาพยาบาล ครู บุคลากร / Medical expenses due to accident for school staff	0
เบี้ยประกันภัยสุทธิ (ต่อหนึ่งท่าน) /Net premium (per person)	140



LMG
Insurance.

A Liberty Mutual Company

Cover Note for PA Group

REF.NO :2022-05-0348

หนังสือคุ้มครองชั่วคราว

ประเภทการประกันภัย

: การประกันภัยอุบัติเหตุสำหรับกลุ่มนักเรียน นิสิต และนักศึกษา

ออกให้แก่

: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

ภายใต้รายละเอียดและเงื่อนไขที่ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ และภายใต้ข้อกำหนด เงื่อนไขความคุ้มครอง และข้อยกเว้น ตามมาตรฐานกรมธรรม์บริษัทฯ ดังกล่าให้ ความคุ้มครอง

ผู้เอาประกันภัย

: นักเรียนและบุคลากรของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

จำนวนผู้เอาประกัน

: นักเรียน 14000 คน

: บุคลากร 0 คน

ที่อยู่

: ต.ป่อยาง อ.เมืองสงขลา จ.สงขลา 90000

ทุนประกันภัย

: 140000.- บาท/คน

ค่ารักษาพยาบาล

: 14000.- บาท/คน

อาณาเขตความคุ้มครอง

: 24 ชั่วโมงทั่วโลก

บัตรประกันอุบัติเหตุ

: ไม่ออกการ์ด

ระยะเวลาเอาประกันภัย

: เริ่มคุ้มครอง 01 มิถุนายน 2565 - 01 มิถุนายน 2566

เงื่อนไขความคุ้มครอง

: อบ.2, มีค่ารักษาพยาบาล

ขอรับรอง หนังสือคุ้มครองนี้ มีผลบังคับใช้ ภายใน 60 วัน นับตั้งแต่วันที่ 01 มิถุนายน 2565

ผู้เอาประกันภัยรับรองว่าจะแจ้งรายละเอียดรายชื่อผู้เอาประกันภัยต่อบริษัทฯ โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อการออก กรมธรรม์ประกันภัยต่อไป

ออก ณ สำนักงานใหญ่ 26 พฤษภาคม 2565

(Manas Keskamol)

Director



(Scott Leonard Karow)

Authorized Signature

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) อาคารจัดมินชีตี่ เลขที่ 2 ชั้นที่ 19 ซอยสุขุมวิท 23 ถนนสุขุมวิท

แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ :02 661 6292 โทรสาร :02 665 2728

Email : LMGAH@imginsurance.co.th www.imginsurance.co.th

แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม / REIMBURSEMENT CLAIMS FORM



ชื่อ/นามสกุลผู้เอาประกันภัย อายุ ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง
 Insured Name Age Years ID Card No. / Passport No.

ที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์
 Correspondence Address Telephone No.

กรณีอุบัติเหตุ (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ) For Accident, please fill all the details.

- ค่ารักษาพยาบาล (Medical Expense) เสียชีวิต (Death) สูญเสียอวัยวะ- สายตา (Loss organ / Blind) ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร (TPD)

วันที่เกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ
 Date of Accident Time of Accident Place of Accident

ลักษณะการเกิดเหตุ/เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (กรุณาระบุอย่างละเอียด)
 Cause of Accident (Please specify)

ชื่อโรงพยาบาล/สถานพยาบาล ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน วันที่เข้ารับการรักษา วันที่ออกจากโรงพยาบาล
 Hospital/Clinic Name OPD IPD Admission Date Discharge Date

วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน / Reimbursement Payment Method

ข้าพเจ้าประสงค์ขอรับค่าตรวจสุขภาพคืนโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร (ออมทรัพย์เท่านั้น ยกเว้นธนาคารออมสิน, ทีเอสที, อาครสมท, เคทีซี, ไทยพาณิชย์) / I would like to have payment by direct debit (saving account only except GSB, TISCO, GHBANK, BAAC)

ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี ชื่อบัญชี
 Bank Name Branch Bank account no. Account Name

**โปรดนำสำเนาสมุดคู่ฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้องมาด้วย / Please submit copy of Bank passbook signed by you

ข้อตกลงยินยอมเปิดเผยข้อมูล / CONSENT TO DISCLOSURE INFORMATION

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องเป็นความจริงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ ปรึกษากับแพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือรับปรึกษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าที่ในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษา การปรึกษา การปรึกษา และคำปรึกษาหรือคำปรึกษาทางการแพทย์ทั้งหมดรวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและประวัติการตรวจสุขภาพแก่บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่หน่วยงานกำกับดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันมีอำนาจออกสารฉบับนี้ให้ถือว่าข้าพเจ้าได้ขออนุญาตเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแล้ว / I hereby certify that above information is true and accurate, and consent any hospital physician or other person who had attended or examined me or my family, to disclose/furnish to LMG Insurance Public Company Limited or authorized representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation prescription or treatment, and copies of all hospital or medical record. I give the company consent to disclose that information to the regulator or any related. A photocopy of this document shall be considered as effective and valid as the original.

ลายมือชื่อผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เรียกร้อง/ผู้กระทำการแทน / Signature of attorney and guardian

วันที่/ Date

กรุณาตรวจสอบเอกสารตามรายการด้านล่างให้ครบถ้วนก่อนจัดส่ง / Please check if you have done the following before submission:

- | | |
|--|--|
| <p>กรณีแจ้งเคลมการรักษาพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม ใบความเห็นแพทย์ / ใบรับรองแพทย์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกัน/ ผู้รับผลประโยชน์ เป็นผู้รับผิดชอบ คั่นฉบับใบเสร็จรับเงิน สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร และรับรองสำเนาถูกต้อง สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้นับผลประโยชน์) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้นับประโยชน์ | <p>กรณีแจ้งเคลมโรคมะเร็ง</p> <ol style="list-style-type: none"> แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม ใบความเห็นแพทย์ (ประกันตราสำเนาถูกต้องจากรพ.) หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ ผลการตรวจชิ้นเนื้อ ประวัติการรักษาทั้งหมดที่โรงพยาบาล และเอกสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ครั้งแรกที่รักษาจนถึงปัจจุบัน (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล) สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกัน/ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกัน หน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้นับผลประโยชน์) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกัน |
| <p>กรณีแจ้งเคลมการเสียชีวิต</p> <ol style="list-style-type: none"> แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม บัตรมรณะ (รับรองสำเนาโดยผู้ออกเอกสาร) ใบความเห็นแพทย์ (ประกันตราสำเนาถูกต้องจากรพ.) หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกัน/ ผู้รับผลประโยชน์ เป็นผู้รับผิดชอบ รายงานสืบสวนพลิกศพ พร้อม:- บันทึกการตรวจแอลกอฮอล์ (รับรองโดยหน่วยงานที่ออกหลักฐาน) รายงานการผ่าชันสูตรศพ (ถ้ามี-รับรองโดยหน่วยงานที่ออกหลักฐาน) ประวัติการรักษาทั้งหมด (ถ้ามี-รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล) บันทึกประจำวันตำรวจ ณ วันที่เกิดอุบัติเหตุ (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน) สรุปสำนวนคดี (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน) หนังสือรับรองการตาย (ประกันตราสำเนาถูกต้องจากรพ.) สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต (ประกันตาย) รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้นับประโยชน์ สำเนาบัตรประชาชน/ผู้รับผลประโยชน์/สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้นับประโยชน์ หน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้นับผลประโยชน์) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้นับประโยชน์ | <p>กรณีแจ้งเคลมทุพพลภาพ และสูญเสียอวัยวะ</p> <ol style="list-style-type: none"> แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม ใบความเห็นแพทย์ เรื่องภาวะทุพพลภาพ ตามแบบฟอร์มของบริษัท (ประกันตราสำเนาถูกต้องจากรพ.) หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ ภาพถ่ายผู้เอาประกัน ณ ปัจจุบัน ประวัติการรักษาทั้งหมดที่โรงพยาบาล และเอกสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ครั้งแรกที่รักษาจนถึงปัจจุบัน (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล) บันทึกประจำวันตำรวจ ณ วันที่เกิดอุบัติเหตุ (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน) สรุปสำนวนคดี (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน) สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกัน/ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกัน หน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้นับผลประโยชน์) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้นับประโยชน์ |

กรุณาส่งเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ / Please send this completed claim form to

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) แผนกสินไหมอุบัติเหตุและประกันสุขภาพ ชั้น 19 อาคารจัสติน ซิตี้ เลขที่ 2 ซอย สุขุมวิท 23 ถนน สุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทร. 02-648-6272 โทรสาร. 02-648-6222 อีเมล LMG@imginsurance.co.th LMG Insurance Public Company Limited , A&H CLAIM 19th Fl., Jasmine City Building, 2 Soi Sukhumvit 23, Sukhumvit Rd., Klongtoey Nua, Wattan, Bangkok 10110 TEL. 02-648-6272 FAX. 02-648-6222 EMAIL LMG@imginsurance.co.th

** บริษัทฯ จะพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะกรณีผู้เอาประกัน / ผู้รับผลประโยชน์ ได้นำส่งเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วนแล้วเท่านั้น **