

**ใบสมัครบริษัทประกันภัยเพื่อเข้ารับการคัดเลือกทำประกันอุบัติเหตุให้นักศึกษา
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙**

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....
 เป็นผู้มีอำนาจกระทำการแทนบริษัท.....
 ที่อยู่ของบริษัท.....
 เบอร์โทรศัพท์/โทรสาร.....
 มีความประสงค์สมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อทำประกันอุบัติเหตุให้นักศึกษาของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
 ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ โดยมีข้อเสนอ ดังนี้

๑. ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุและจำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุให้เป็นไปตามรายการ ดังต่อไปนี้

ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุและจำนวนเงินเอาประกันอุบัติเหตุ	บริษัทประกันอุบัติเหตุยื่นเสนอ
๑.๑ ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุ ไม่เกิน ๒๐๐ บาท/คน/ปี	รายละเอียด.....บาท/คน/ปี
๑.๒ จำนวนเงินเอาประกัน กรณีคาร์คัพพลาบาลต่อครั้ง	รายละเอียด.....บาท
๑.๓ จำนวนเงินเอาประกัน กรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ	รายละเอียด.....บาท
๑.๔ จำนวนเงินเอาประกัน กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร	รายละเอียด.....บาท
๑.๕ จำนวนเงินเอาประกัน กรณีสูญเสียมือ เท้า สายตา ๑ ส่วน	รายละเอียด.....บาท
๑.๖ จำนวนเงินเอาประกัน กรณีสูญเสียมือ เท้า สายตา ๒ ส่วน	รายละเอียด.....บาท
๑.๗ จำนวนเงินเอาประกัน กรณีเสียชีวิตเนื่องจากถูกฆาตกรรมหรือลอบทำร้ายโดยเจตนา	รายละเอียด.....บาท
๑.๘ จำนวนเงินเอาประกัน กรณีเสียชีวิตจากโรคภัยไข้เจ็บที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ (ค่าปลงศพ)	รายละเอียด.....บาท

๒. รายการความคุ้มครองประกันอุบัติเหตุ

รายการความคุ้มครองในการทำประกันอุบัติเหตุ	บริษัทประกันอุบัติเหตุยื่นเสนอ
๒.๑ กรณีบุคลากรและนักศึกษา เกิดอุบัติเหตุจากการไปปฏิบัติราชการ หรือปฏิบัติงานตามคำสั่งของมหาวิทยาลัย เช่น การประชุมสัมมนา,การเข้าร่วมกิจกรรมการแข่งขันกีฬา,การเข้าร่วมกิจกรรมทักษะวิชาการ,การศึกษาดูงาน จะได้รับความคุ้มครองในกรณีต่าง ๆ ๒ เท่า	ให้ระบุ ยอมรับเงื่อนไข/ไม่ยอมรับเงื่อนไข)
๒.๒ ให้ความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ / ประกันอุบัติเหตุ แบบ อบ.๑ เป็นอย่างต่ำ	ประกันอุบัติเหตุ แบบ.....
๒.๓ ให้ความคุ้มครองอุบัติเหตุ /ทุกสถานที่ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง	ให้ระบุ ยอมรับเงื่อนไข/ไม่ยอมรับเงื่อนไข)
๒.๔ บริษัทจะต้องเริ่มให้การคุ้มครองนักศึกษาที่ทำประกันอุบัติเหตุ ตั้งแต่ ๓๐ วันแรกก่อนเปิดภาคการศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ ตามประกาศของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ โดยมหาวิทยาลัยจะส่งจำนวนและรายชื่อนักศึกษาให้แก่บริษัทเมื่อรายชื่อและจำนวนพร้อม	บริษัทฯ เสนอ (ให้ระบุ ยอมรับเงื่อนไข/ไม่ยอมรับเงื่อนไข)
๒.๕ ระยะเวลาการให้ความคุ้มครองจะต้องไม่น้อยกว่า ๔ ปี และในกรณีที่นักศึกษาทำประกันแล้วต่อมาพ้นสภาพจากการเป็นนักศึกษาไม่ว่าด้วยเหตุใด ๆ ก็ตาม บริษัทก็ยังคงให้ความคุ้มครองต่อไปจนกว่าจะครบระยะเวลาที่เอาประกันภัยไว้	บริษัทฯ เสนอ (ให้ระบุ ยอมรับเงื่อนไข/ไม่ยอมรับเงื่อนไข)

๓. การชำระเงินค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุให้กับบริษัท การชำระเงินค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์จะจ่ายชำระให้บริษัทหลังจาก สรุปรายชื่อนักศึกษาที่สมัครทำประกันอุบัติเหตุ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ภายใน ๔๕ วัน เริ่มนับจากวันสิ้นสุดการรับรายงานตัวนักศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ ตามประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
บริษัทฯ เสนอ (ให้ระบุ ยอมรับเงื่อนไข/ไม่ยอมรับเงื่อนไข)

๔. การจ่ายค่าสินไหมทดแทนการเบิกจ่ายเงินผลประโยชน์ ค่าสินไหมทดแทน เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้นักศึกษา บริษัทจะดำเนินการให้บริการเรื่องการเบิกจ่ายเงินผลประโยชน์ ค่าสินไหมทดแทน ดังนี้

๔.๑ การจ่ายค่าสินไหมทดแทนแก่ผู้ประสบอุบัติเหตุ จะจ่ายให้นักศึกษาโดยการโอนเงินเข้าบัญชีนักศึกษาโดยตรงภายในระยะเวลาไม่เกิน ๑๕ วันทำการ หลังจากยื่นเอกสารขอรับเงินค่าสินไหมทดแทน

๔.๒ กรณีเสียชีวิต การจ่ายค่าสินไหมทดแทนภายในระยะเวลา ไม่เกิน ๓๐ วันทำการ หลังจากยื่นเอกสารขอรับเงินค่าสินไหมทดแทน

๔.๓ บริษัทต้องจัดส่งเอกสารการจ่ายค่าสินไหมทดแทน ให้แก่เจ้าหน้าที่ งานประกันอุบัติเหตุของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์เพื่อเป็นหลักฐาน

บริษัทฯ เสนอ (ให้ระบุ ยอมรับเงื่อนไข/ไม่ยอมรับเงื่อนไข)

๕. ข้อเสนออื่น ๆ (ถ้ามี)

.....
.....
.....
.....

๖. บริษัทจะสนับสนุนมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ โดยมีข้อเสนอดังนี้ (ถ้ามี)

.....
.....
.....
.....

บริษัทยินยอมปฏิบัติตามประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ เรื่อง รับสมัครคัดเลือกบริษัทประกันภัยเพื่อทำประกันอุบัติเหตุให้นักศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙ ลงวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ และให้ถือว่าข้อเสนอต่าง ๆ ในใบสมัครนี้มีผลผูกพันบริษัททุกประการ หากบริษัทไม่ปฏิบัติตามยินยอมให้มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ยกเลิกการรับสมัคร ตัดสิทธิไม่ให้สมัครเข้ารับการคัดเลือกไม่ว่าในครั้งใดต่อไป หรือยกเลิกสัญญา แล้วแต่กรณี รวมทั้งยินยอมชดเชยค่าเสียหายหรือค่าใช้จ่ายใด ๆ อันพึงมีให้แก่มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ลงชื่อ.....(ผู้มีอำนาจกระทำการแทนบริษัท)

(.....)

กรรมการผู้มีอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจ

ประทับตราบริษัท (ถ้ามี)