

สำนักงานที่ดินจังหวัดสงขลา  
รับที่ 2895  
วันที่ 4 มี.ค. 2567  
เวลา 9:08 น.



ที่ มท ๐๕๐๒.๒/ว๔๗๑ค

ถึง จังหวัด ทุกจังหวัด

ตามที่กรมที่ดินได้ทำประกันภัยอุบัติเหตุให้กับเจ้าหน้าที่กรมที่ดิน ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗ จำนวน ๕ โครงการ กับบริษัท สิ้นมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน) นั้น

เนื่องจากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ได้มีคำสั่ง เมื่อวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๖ ให้บริษัท สิ้นมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน) หยุดรับประกันวินาศภัยเป็นการชั่วคราว ทางบริษัทฯ จึงมีหนังสือฉบับลงวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ ขี้แจงขั้นตอนการขอรับค่าสินไหมทดแทน สำหรับเจ้าหน้าที่กรมที่ดิน รายละเอียดปรากฏตาม QR Code ท้ายหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ในสังกัดกรมที่ดินทราบ

เรียน จทต.

✓ - เพื่อโปรดทราบ

- เห็นการมอบหมาย

ฝ่ายอำนาจการ  ฝ่ายรังวัด

กลุ่มงานฯ  ฝ่ายควบคุมฯ

ฝ่ายทะเบียน

แจ้งทุกสำนักงาน กลุ่มฯ/ฝ่าย ทราบ ปฏิบัติ

.....  
(นางสาวปณิษา บุญมณี)  
๒๔ มี.ค. ๒๕๖๗



(นางเนตรอนงค์ แก้วมณี)

กองการเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่งานธุรการอาวุโส  
โทร. ๐ ๒๑๔๑ ๕๙๕๑ ๒๔ มี.ค. ๒๕๖๗  
โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๙๐๘๕

อก.

(นางสุจิตร์ สุขสว่าง)  
เจ้าพนักงานที่ดินจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา  
๒๔ มี.ค. ๒๕๖๗



หนังสือ บมจ. สิ้นมั่นคงประกันภัย  
ลว. ๑๔ ก.พ. ๖๗



แบบฟอร์มเรียกร้อง  
ค่าสินไหมทดแทน PA-๐๓



แบบฟอร์มเรียกร้อง  
ค่าสินไหมทดแทน PA-๐๖

ที่ สข ๐๐๒๐.๑/ว ๕๒๖๖

เรียน เจ้าพนักงานที่ดินจังหวัดสงขลา สาขาทุกสาขา

- สำนักงานที่ดินจังหวัด ขอส่งสำเนาหนังสือ  
กรมที่ดิน ที่ มท ๐๕๐๒.๒/ว ๔๒๑๘ ลงวันที่ ๑ มีนาคม  
๒๕๖๗ เรื่อง ชี้แจงขั้นตอนการขอรับคำสิทธิใหม่ทดแทน  
มาพร้อมนี้

- จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งเจ้าหน้าที่ในสังกัด  
กรมที่ดินทราบ



(นางเนตรอนงค์ แก้วมณี)

เจ้าพนักงานธุรการอาวุโส ปฏิบัติราชการแทน

เจ้าพนักงานที่ดินจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

๒๕ มิ.ค. ๒๕๖๗



**บริษัท สิ้นมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
**SYN MUN KONG INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED**  
ทะเบียนเลขที่ 0107537001641

14 กุมภาพันธ์ 2567

เรื่อง ขอแจ้งขั้นตอนการขอรับค่าสินไหมทดแทน  
เรียน ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่กรมที่ดิน

อ้างถึง ที่ มท 0502.2/1011

ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567

ตามหนังสือที่อ้างถึงบริษัทขอขอบคุณที่ท่านให้ความไว้วางใจในการทำประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลให้กับเจ้าหน้าที่กรมที่ดิน ประจำปี 2566-2567 จำนวน 5 โครงการ ตามข้อเสนอที่บริษัทได้ให้ไว้กับกรมที่ดิน เนื่องจากสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ได้มีคำสั่งเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2566 ให้บริษัทหยุดรับประกันวินาศภัยเป็นการชั่วคราว นั้น

**บริษัทขอแจ้งขั้นตอนการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน สำหรับ เจ้าหน้าที่กรมที่ดิน ดังนี้**

1. ผู้เอาประกันส่งเอกสารมายังบริษัท ตามที่อยู่ บริษัท สิ้นมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน) แผนกสินไหมเบ็ดเตล็ด 313 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240 โทรศัพท์ 02-3787024 – 7028 โทรสาร 02-3716599 ติดต่อคุณจूरีพร ขอพรกลาง และ คุณสุพัฒน์ บัวหอม
2. เมื่อบริษัทได้รับเอกสารและพิจารณาตรวจสอบเอกสารแล้ว จะดำเนินการจัดส่งเอกสารให้ คปภ. พิจารณานุมัติต่อไป

**เอกสารประกอบการเบิกสินไหมทดแทน มีดังนี้**

**กรณีสินไหมมรณกรรม**

1. กรอกแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน PA-01 (ผู้รับผลประโยชน์เซ็นเรียกร้อง)
2. สำเนาใบมรณบัตร
3. สำเนาใบรับรองการตาย แพทย์เซ็นรับรองต้นฉบับ / สำเนารายงานแพทย์ลงความเห็น
4. สำเนารายงานผลการชันสูตรพลิกศพ (ลายเซ็นแพทย์ ต้นฉบับ)
5. สำเนาเวชระเบียนประวัติการรักษาก่อนการเสียชีวิต (ลายเซ็นแพทย์ผู้รักษา) - ตรวจสอบหาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัย
6. สำเนาบันทึกประจำวัน
7. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต (ผู้เอาประกันภัย)
8. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้รับผลประโยชน์)
9. สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคาร ของผู้รับประโยชน์

**กรณีสินไหมสูญเสียอวัยวะ**

1. กรอกแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน PA-02 (ผู้เอาประกันภัยเซ็นเรียกร้อง)
2. ใบรับรองแพทย์ ต้นฉบับ
3. สำเนาเวชระเบียนประวัติการรักษา (ลายเซ็นแพทย์ผู้รักษา)
4. ภาพถ่ายอวัยวะที่สูญเสีย
5. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้เอาประกันภัย)
6. สำเนาบันทึกประจำวันการเกิดเหตุ
7. สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคาร ของผู้เอาประกันภัย

313 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240 313 Srinakarin Road, Huamark, Bangkok, Bangkok 10240 THAILAND.  
โทร : 0-2378-7000 (อัตโนมัติ) Fax : 0-2377-3322 www.smk.co.th

เราประกัน คุณมั่นใจ



**บริษัท สิ้นมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
**SYN MUN KONG INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED**  
ทะเบียนเลขที่ 0107537001641

**กรณีสินไหมทดแทน**

1. กรอกแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน PA-02 (ผู้เอาประกันภัยเซ็นเรียกร้อง)
2. ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุ ว่าผู้เอาประกันภัยทุพพลภาพถาวร / หนังสือรับรองความพิการ
3. สำเนาเวชระเบียนประวัติการรักษา (ลายเซ็นแพทย์ผู้รักษา)
4. สำเนาบันทึกประจำวันการเกิดเหตุ
5. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้เอาประกันภัย)
6. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้าน (ผู้รับผลประโยชน์)
7. สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคาร ของผู้เอาประกันภัย

**กรณีค่ารักษาพยาบาล**

1. กรอกแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน PA-02
2. ใบเสร็จต้นฉบับ
3. ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ
4. เวชระเบียนประวัติการรักษา (กรณีที่ต้องการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม)
5. สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาทะเบียนบ้าน
6. สำเนาหน้าสมุดเงินฝากธนาคาร ของผู้เอาประกันภัย

บริษัท ขอขอบพระคุณท่านที่ได้มอบความไว้วางใจด้วยดีเสมอมา และต้องขออภัยมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ  
(นางสุภาพร แก้วสูงเนิน )  
ผู้ช่วยหัวหน้าแผนกการตลาด(โครงการ2)  
บริษัท สิ้นมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ผู้ประสานงาน : คุณสุภาพร แก้วสูงเนิน  
มือถือ 085-1141366  
โทรศัพท์ 02-378700 ต่อ 8426





# บริษัท สยามชีวิตประกันภัย จำกัด (มหาชน)

313 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240

โทร : 0-2378-7000 ต่อ 7024, 7028 แฟกซ์ : 0-2377-2097, 0-2377-1630

( PA-01 )

## คำแถลงของผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุ (CLAIMANT'S STATEMENT)

ชื่อ-นามสกุล ของผู้ตาย.....อายุ.....ปี

บัตรประชาชน หรือ บัตรอื่น ๆ.....เลขที่.....เลขที่กรมธรรม์.....

วันเริ่มคุ้มครอง.....วันสิ้นสุดบังคับ.....จำนวนเงินเอาประกัน.....บาท

1. ชื่อ-นามสกุล ของผู้เรียกร้องสิทธิ.....

ที่อยู่เลขที่.....หมู่.....ถนน/หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....

2. ท่านเป็นผู้รับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยฉบับนี้ใช่หรือไม่  ใช่  ไม่ใช่

ถ้าไม่ใช่ท่านใช้สิทธิประการใดในการเรียกร้องนี้ โปรดระบุ.....

3. ก. ที่อยู่ครั้งสุดท้ายของผู้ตาย เลขที่.....หมู่.....ถนน/หมู่บ้าน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....

ข. อาชีพครั้งสุดท้ายของผู้ตาย.....

4. ก. วันที่ตาย.....ข. สถานที่ที่ตาย.....

ค. สาเหตุที่ทำให้ตาย.....

ง. รายละเอียดการเกิดเหตุ.....

5. ก. ผู้ตายเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายด้วยโรคอะไร.....

ข. ผู้ตายไปพบแพทย์ครั้งแรกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย เมื่อใด.....

6. ผู้ตายได้พูดถึงความเจ็บป่วย หรือมีอาการที่แสดงถึงความเจ็บป่วยให้เห็น ครั้งแรกเมื่อใด.....

อาการที่สังเกตเห็น.....

7. ประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ตาย ในระหว่างการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย และระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา

ชื่อแพทย์/สถานพยาบาล	วันที่	โรคและอาการเจ็บป่วย

8. ผู้เอาประกันมีประกันชีวิต/ประกันภัยกับบริษัทอื่น หรือไม่ โปรดระบุ

บริษัท.....วันทำสัญญา.....จำนวนเงินเอาประกันภัย.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล องค์กรหรือบุคคลใด ๆ ที่ทำการตรวจรักษาผู้เอาประกันทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาทั้งหมดแก่บริษัทสินมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

วันที่.....ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้อง/ผู้มอบอำนาจ  
(.....)

รายงานแพทย์ (DOCTOR'S CERTIFICATE)

รายงานแพทย์นี้ต้องกระทำโดยนายแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ตายระหว่างบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย This statement is to be completed by the doctor in attendance during the deceased's last illness of injury and each question should be fully answered.

1. ก. ชื่อของผู้ตาย (Name of deceased).....อายุ(Age).....ปี  
 ข. ที่อยู่ (Address).....  
 ค. อาชีพ (Occupation).....

2. ก. วันที่ที่ตาย (Date of death).....สถานที่ที่ตาย (Place of death).....

3. เลขที่บัตรผู้ป่วยทั่วไป (Hospital number).....เลขที่ผู้ป่วยใน(Admission number).....  
 สถานพยาบาลที่ทำการรักษา (Name of hospital).....

4. ก. สาเหตุที่ทำให้ตาย(Cause of death).....

ข. ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนกระทั่งตาย (Interval between onset and death).....

ค. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis).....

ง. ความบาดเจ็บ (Injuries).....

จ. สาเหตุนำ (Antecedent cause).....

ฉ. สาเหตุแทรกซ้อนที่สำคัญอื่น ๆ (Complications).....

ช. หากสาเหตุการตายสืบเนื่องจาก(if death was due to).....

อุบัติเหตุ  อหิวาตกโรค  ฆาตกรรมโปรดอธิบาย.....

Accident  Suicide or  Homicide (Describe briefly).....

ข. สาเหตุที่ทำให้ตายสืบเนื่องมาจากสุรา/ยาเสพติดหรือไม่.....

(Did the health cause by alcoholic intoxication or narcotic drug?) YES/NO.....

5. ก. ท่านรู้จักหรือเป็นแพทย์ประจำตัวของผู้ตายใช่หรือไม่ (How long do you know the deceased?).....

ข. วันที่ทำการรักษาผู้ตาย (Date of first attendance in last illness).....

ค. วันสุดท้ายที่ท่านทำการรักษาผู้ตาย (Date of last attendance in last illness).....

6. มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีการของแพทย์หรือไม่?(Was an inquest held or autopsy performed?) YES/NO.....

ถ้ามีผลเป็นประการใด (If so, by whom and what finding).....

7. ท่านเคยรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ตายในระหว่าง 5 ปีที่ล่วงมาหรือไม่.....

(Have you treated the deceased during the last 5 years prior to last illness?) YES/NO.....

ถ้าเคยโปรดระบุสาเหตุ และอาการที่ตรวจพบ (If so,Please fumish cause and nature of ailments).....

8. ท่านทราบหรือเคยทราบหรือไม่ว่าผู้ตายเคยได้รับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นๆ หรือไม่  ทราบ  ไม่ทราบ

ถ้าทราบโปรดระบุ Did the deceased to your knowledge, receive treatment from any other physician, or in any hospital institution ? YES/NO.....

If so please fumish the following.

วันที่/Date	อาการของโรค/การวินิจฉัย Nature of ailments/Diagnosis	ชื่อแพทย์/โรงพยาบาล Name of Physician/hospital
.....	.....	.....
.....	.....	.....

9. ความเห็นอื่นๆ Additional comments.....

physician Signature.....Address/name of hospital.....

Qualificaiton.....Licence number.....Date...../...../.....





**บริษัท สินมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
**SYN MUN KONG INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED**

(PA-02)

313 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240  
 แผนกสินไหมเบ็ดเตล็ด โทรศัพท์ 0-2378-7000 ต่อ 7024, 7028  
 โทรสาร 02-377-2097, 02-377-1630

หนังสือเรียกร้องสินไหมทดแทนอุบัติเหตุ  สูญเสียอวัยวะ  พุพพลภาพ  ค่ารักษาพยาบาล

ชื่อกรมธรรม์ Policy's Name	เลขที่กรมธรรม์ Policy No.	วันเริ่มคุ้มครอง วันสิ้นสุดบังคับ	
ชื่อผู้ป่วยหรือบาดเจ็บ Claimant	อายุ Age	เพศ Sex	
ที่อยู่ Address	โทรศัพท์ Telephone		
สถานที่ทำงาน Place of Employment	โทรศัพท์ Telephone		
อาชีพและตำแหน่ง Occupation			
เลขที่บัตรประจำตัว ID Card number	<input type="checkbox"/> ประชาชน Citizen	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ Official	<input type="checkbox"/> อื่นๆ Other

**รายละเอียดการเกิดเหตุ ACCIDENT CLAIM INFORMATION**

วันที่เกิดเหตุ Date of Accident
เวลาที่เกิดเหตุ Time of Accident
สถานที่เกิดเหตุ Place of Accident
รายละเอียดการเกิดเหตุ Circumstance
ลักษณะการบาดเจ็บ บาดแผล และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ Nature of Injury
วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย Date of Last Treatment
อาการปัจจุบัน Present Condition

ชื่อสถาบันหรือบริษัทและเลขที่กรมธรรม์ กรณีได้รับสวัสดิการรักษายาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น Other Insurance

ชื่อบริษัท NAME	เลขที่กรมธรรม์ POLICY NO.	จำนวนเงินเอาประกัน AMOUNT	ประเภทของการประกัน TIP OF INSURANCE
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่โรงพยาบาล แพทย์ บริษัทประกันภัยหรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจรักษา หรือรับประกันข้าพเจ้าหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งในอดีต และปัจจุบัน มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และสำเนาประวัติทางการแพทย์ ทั้งหมดรวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันและการเรียกร้องค่าชดเชยต่อ บริษัท สินมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ หนึ่ง ตำแหน่ง โบบอนอำนาจฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับผลประโยชน์  
 (.....)  
 วันที่.....

ลงชื่อ ..... ผู้ทำการแทน  
 (.....)  
 วันที่.....





**รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา (CERTIFICATE OF HOSPITALISATION)**

แพทย์ผู้ตรวจรักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ต้องเป็นแพทย์ปริญญา และมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ซึ่งเป็นแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยประกันภัยชนชั้นที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการได้มาซึ่งรายงานนี้เป็นความรับผิดชอบของผู้เอาประกันภัยชนชั้น

1.	ชื่อ-สกุลผู้ป่วย Patient's name and surname		อายุ Age	ปี ปี	เพศ Sex				
	เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย Hospital No.	เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วยใน Admission No.	แผนกที่ทำการรักษา Department						
2.	วันที่มารับการรักษา Date of hospital attending	3.1 ผู้ป่วยนอก Out Patient	วันที่ Date	เวลา Time	น. AM/PM	ถึง To	วันที่ Date	เวลา Time	น. AM/PM
		3.2 ผู้ป่วยใน In Patient	วันที่ Date	เวลา Time	น. AM/PM	ถึง To	วันที่ Date	เวลา Time	น. AM/PM
3.	วันที่เกิดเหตุ Date of accident								
4.	สาเหตุการบาดเจ็บ Cause of injury								
5.	รายละเอียดการบาดเจ็บ (โปรดแจ้งลักษณะบาดแผล-อวัยวะที่บาดเจ็บ) Details of injury (Please specify wound and injured organs)								
6.	รายละเอียดการรักษา Details of Treatment								
7.	ผลของการวินิจฉัย Diagnosis								
8.	ผู้ป่วยได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่ (โปรดแจ้งสถานพยาบาล) Had any previous treatment (Please specify name of hospital/clinic)								
9.	ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าสุดท้ายเมื่อ Date of last treatment								
10.	เฉพาะสตรี For female only	ผู้ป่วยมีครรภ์หรือไม่ Has patient pregnancy	<input type="checkbox"/> ไม่มี No	<input type="checkbox"/> มี Yes	เดือน Months				
11.	อาการปัจจุบัน/ความเห็น Present Condition/Comments								

ลงชื่อ  
Signature

แพทย์ผู้ตรวจรักษา  
Attending Physician

คุณวุฒิ  
Qualification

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่  
Licence number

วันที่  
Date

สถานที่ตั้ง  
City/Town

ประทับตราโรงพยาบาล  
Hospital Stamp

โทร.  
Tel.

เฉพาะเจ้าหน้าที่สินไหมชดเชยที่การจ่ายเงินค่าทดแทน