



บันทึกข้อความ

คณะวิศวกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
เลขที่รับ 2010
วันที่ 09-06-2564
เวลา 13.03 น.

ส่วนราชการ กองพัฒนานักศึกษา งานบริการและสวัสดิการ บริการสุขภาพและอนามัย

โทรศัพท์ ๐ ๗๕๓๑ ๗๑๕๘ - ๙ ต่อ ๑๐๙ โทรสาร ต่อ ๑๑๑

ที่ อว ๐๖๕๕๒๐/ ๓๓๘

วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๔

สาขาวิศวกรรมไฟฟ้า
เลขที่รับ 64099
วันที่ 14 มิ.ย. 64
เวลา 09.03 น.

เรื่อง ขอแจ้งคู่สัญญาและรายละเอียดการประกันอุบัติเหตุนักศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔

เรียน หัวหน้าหน่วยงานในสังกัดมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

ตามที่มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย ได้ตกลงรับประกันภัยอุบัติเหตุนักศึกษา ประเภทหมู่ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ กับบริษัท ไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) โดยมีระยะเวลาคุ้มครอง ๑ ปี มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๔ เวลา ๑๖.๓๐ น. สิ้นสุดวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ เวลา ๑๖.๓๐ น. นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การคุ้มครองอุบัติเหตุนักศึกษาและการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ เป็นไปด้วยความถูกต้องและเรียบร้อย กองพัฒนานักศึกษา จึงขอแจ้งมายังหน่วยงานของท่านประชาสัมพันธ์นักศึกษาและผู้เกี่ยวข้องทราบ ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เรียน คณบดี

- ๖๓๐) ปรตฉิชารณา

- กองพัฒนานักศึกษา แจ้งคู่สัญญา

ประกันอุบัติเหตุนักศึกษา

ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔

คณ. ไทยประกันภัย จำกัด

เลขที่ ๐๖๐๖๐๖

- เห็นตรงตามวงเล็บวิดิโอ

แจ้งไปยังสาขา และประภังค์พันธ์

ในนส. ทราบทั่วสิน

๑๐ มิ.ย. ๖๔

(นางดาวดล จันทระพทิน)

นักวิชาการศึกษาปฏิบัติการ รักษาราชการแทน

ผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา

เรียน คณบดี

- ๖๓๐) ปรตฉิชารณา

- ๖๓๐) ปรตฉิชารณา

(นายวิทยา ศิริคุณ)

รองคณบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา

๑๐ มิ.ย. ๖๔

เรียน

๑๐ มิ.ย. ๖๔

ประชาสัมพันธ์นักศึกษาทราบ

๑๗ มิ.ย. ๖๔



ไทยประกันภัย
Thai Insurance | Since 1938

บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
34/3 อาคารไทยประกันภัย
ซอยหลังสวน ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์ : 0 2613 0100
โทรสาร : 0 2652 2872
TIC Call Center : 0 2613 0123
ทะเบียนเลขที่ 0107536000820

The Thai Insurance Plc.
34/3 Thai Insurance Bldg.
Soi Langsuan, Ploenchit Rd, Lumpini,
Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand
Tel : +66 2613 0100
Fax : +66 2652 2872
E-mail : tic@thaiins.com
http://www.thaiins.com

หนังสือคุ้มครองการประกันภัยชั่วคราว

หนังสือคุ้มครองเลขที่ T0010162100967-0058	
1	: ผู้เอาประกันภัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
2	: ระยะเวลาคุ้มครอง เริ่มต้นวันที่ 01/06/2564 สิ้นสุดวันที่ 31/07/2564
3	: ประเภทการประกันภัย การประกันภัยอุบัติเหตุนักเรียน
4	: ภัยที่ให้การคุ้มครอง อ้างอิงตามใบเสนอราคาเลขที่ T0010162100967-0058
5	: ทรัพย์สิน หรือวัตถุที่ให้การคุ้มครอง ทุนประกันภัย อ้างอิงตามใบเสนอราคาเลขที่ T0010162100967-0058
6	: สถานที่ตั้งหรือเก็บทรัพย์สินที่ให้การคุ้มครอง บล็อก อ้างอิงตามใบเสนอราคาเลขที่ T0010162100967-0058
<p>ภายใต้ข้อสัญญา ข้อยกเว้นและเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยของบริษัท สำหรับการประกันภัยตามประเภทการประกันภัยที่ระบุไว้ข้างต้นซึ่งบริษัทใช้อยู่ในปัจจุบัน บริษัทตกลงให้การคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัย ตามรายการและระยะเวลาดังระบุไว้ข้างต้น หนังสือคุ้มครองนี้ให้ถือว่ายกเลิกเมื่อบริษัทได้ทำกรมธรรม์ประกันภัย และส่งมอบให้แก่ผู้เอาประกันภัยแล้ว หนังสือคุ้มครองการประกันภัยชั่วคราวฉบับนี้มีผลใช้บังคับได้ไม่เกิน 60 วัน นับตั้งแต่วันเริ่มให้การคุ้มครอง และผู้เอาประกันภัยรับรองว่าจะแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการประกันภัยให้บริษัททราบโดยเร็วที่สุด เพื่อการออกกรมธรรม์ประกันภัย</p> <p>วันทำหนังสือและออกหนังสือฉบับนี้ 31/05/2564 ณ กรุงเทพมหานคร บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)</p> <p><i>M. A.</i> (นายมนตรี อัมพรพิสิฏฐ์) กรรมการผู้จัดการ ใช้เพื่อลงนามในกรมธรรม์ประกันภัย กรรมการ</p> <p> วรรณภา สีลนุกูล ผู้รับมอบอำนาจ</p>	

แบบแจ้งเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทนค่ารักษาพยาบาล ศัลยกรรม และอุบัติเหตุ

(สำหรับการรักษาพยาบาลทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก)

กรอกโดยผู้เอาประกันภัย/ผู้บาดเจ็บ/เรียกร้อย

<p>1. กรมธรรม์เลขที่ ระยะเวลาคุ้มครอง แผน</p> <p>ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย/ผู้บาดเจ็บ : เพศ () ชาย () หญิง อายุ ปี</p> <p>() บัตรประชาชน () ใบขับขี่ () บัตรประจำตัวข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ เลขที่</p> <p>ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์ที่ติดต่อได้</p> <p>ท่านมีประกันชีวิต / สุขภาพ / อุบัติเหตุ กับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ (หากมีกรุณาระบุกรมธรรม์)</p> <p>ข้าพเจ้าขอใช้สิทธิเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทนเนื่องจาก () การเจ็บป่วย () อุบัติเหตุ</p> <p>ข้าพเจ้าขอรับเงินโดย () รับผ่านตัวแทน () กรุณาส่งเช็ค / ครีฟ ตามที่อยู่ด้านบน () โอนเข้าบัญชี</p> <p>() อื่น ๆ</p>																							
<p>2. กรณีการรักษาใน โรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากความเจ็บป่วย</p> <p>2.1 อาการเจ็บป่วย</p> <p>2.2 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>2.3 รายละเอียดของการปรึกษาแพทย์</th> <th>วันที่</th> <th>ชื่อแพทย์ผู้รักษา</th> <th>ชื่อสถานพยาบาล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>แพทย์คนแรกที่ปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>แพทย์ที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>แพทย์อื่น ๆ ที่ให้คำปรึกษา</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>แพทย์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการเดียวกันในอดีต</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>				2.3 รายละเอียดของการปรึกษาแพทย์	วันที่	ชื่อแพทย์ผู้รักษา	ชื่อสถานพยาบาล	แพทย์คนแรกที่ปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้	แพทย์ที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	แพทย์อื่น ๆ ที่ให้คำปรึกษา	แพทย์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการเดียวกันในอดีต
2.3 รายละเอียดของการปรึกษาแพทย์	วันที่	ชื่อแพทย์ผู้รักษา	ชื่อสถานพยาบาล																				
แพทย์คนแรกที่ปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้																				
แพทย์ที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล																				
แพทย์อื่น ๆ ที่ให้คำปรึกษา																				
แพทย์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการเดียวกันในอดีต																				
<p>3. กรณีการรักษาใน โรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากอุบัติเหตุ</p> <p>3.1 วันที่เกิดเหตุ เวลา น. สถานที่เกิดเหตุ</p> <p>3.2 อุบัติเหตุนี้เกิดขึ้น ได้อย่างไร</p> <p>.....</p> <p>3.3 ลักษณะการบาดเจ็บ</p> <p>3.4 อุบัติเหตุครั้งนี้มีการแจ้งความ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ เมื่อวันที่</p>																							
<p>4. รายละเอียดการเข้ารับการักษาใน โรงพยาบาล</p> <p>4.1 ชื่อโรงพยาบาล วันที่เข้ารับการรักษายาบาล วันที่ออกจาก ร.พ.</p> <p>4.2 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระักษาอยู่ในโรงพยาบาล แผนกที่เข้ารับการรักษา</p> <p>4.3 แพทย์ได้แจ้งผลการวินิจฉัยให้ทราบหรือไม่ กรุณาระบุการวินิจฉัยโรค</p> <p>4.4 ได้รับการรักษาโดย () การฉีดยา () การผ่าตัด กรุณาระบุ</p> <p>4.5 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจเลือด () อื่น ๆ</p> <p>4.6 วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย ที่โรงพยาบาล</p>																							
<p>5. สำหรับผู้เอาประกันภัยสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งนี้ ท่านตั้งครรภ์หรือไม่</p> <p>() ไม่ใช่ () ใช่ อายุครรภ์ สัปดาห์</p>																							

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใดที่มีบันทึกข้อมูล การเจ็บป่วย หรือประวัติการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า เกิดผลข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้อี้อว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย

(.....) ตัวบรรจง (.....) ตัวบรรจง

รายการเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน PA-นักเรียน
กรณีผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล และค่าชดเชยการรักษาพยาบาล

ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล

- 1. แบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim Form)
- 2. ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุสาเหตุการบาดเจ็บ และรายละเอียดการรักษา
กรณีรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน แบบสำเนาประวัติการรักษา (ถ้ามี)
- 3. ใบเสร็จรับเงิน ที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย ต้นฉบับ
- 4. สำเนาบัตรประชาชนผู้บาดเจ็บ, สำเนาบัตรประกันภัย หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ (ลงลายมือชื่อรับรอง)
- 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารที่ประสงค์ให้โอนเงินค่าสินไหมทดแทน (ต้องเป็นบัญชีของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น)
- 6. กรณี PA-นักเรียน แบบสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียน
- 7. เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทฯ เรียกร้องเพิ่มเติมตามความจำเป็น (ถ้ามี)

หมายเหตุ กรณีผู้เยาว์ประสงค์โอนเงินค่าสินไหมเข้าบัญชีบิดา/มารดา ให้แนบสำเนาสูติบัตร

ผลประโยชน์ค่าชดเชยการรักษาพยาบาล

- 1. แบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim Form)
- 2. ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุสาเหตุการบาดเจ็บ และรายละเอียดการรักษา
กรณีรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน แบบสำเนาประวัติการรักษา (ถ้ามี)
- 3. สำเนาใบเสร็จรับเงิน ที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (ถ้ามี)
- 4. สำเนาบัตรประชาชนผู้บาดเจ็บ, สำเนาบัตรประกันภัย หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ (ลงลายมือชื่อรับรอง)
- 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารที่ประสงค์ให้โอนเงินค่าสินไหมทดแทน (ต้องเป็นบัญชีของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น)
- 6. กรณี PA-นักเรียน แบบสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียน
- 7. เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทฯ เรียกร้องเพิ่มเติมตามความจำเป็น (ถ้ามี)

หมายเหตุ กรณีผู้เยาว์ประสงค์โอนเงินค่าสินไหมเข้าบัญชีบิดา/มารดา ให้แนบสำเนาสูติบัตร

รายการเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
กรณีเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

กรณีเสียชีวิต

- 1. แบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim Form)
- 2. ประวัติการรักษาตั้งแต่เริ่มเกิดเหตุจนกระทั่งเสียชีวิตทุกโรงพยาบาล (กรณีมีการรักษาก่อนเสียชีวิต)
- 3. บันทึกประจำวันตำรวจทุกข้อและผลคดี
- 4. รายงานชันสูตรพลิกศพฉบับสมบูรณ์ (ระบุเลขที่หนังสือ)
- 5. หนังสือรับรองการตาย
- 6. ใบมรณบัตร
- 7. สำเนาบัตรประชาชน+ทะเบียนบ้านประทับตรา “ตาย” ของผู้เอาประกัน
- 8. สำเนาบัตรประชาชน+ทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ที่ระบุในกรมธรรม์/ ทายาทตามกฎหมาย/ ผู้จัดการมรดก
- 9. กรณีกรมธรรม์ระบุผู้รับผลประโยชน์เป็นทายาทตามกฎหมาย
 - 9.1 ทุนประกันภัยไม่เกิน 3,000,000 บาท
 - หนังสือแสดงตนเป็นทายาทกฎหมาย
 - 9.2 ทุนประกันภัยมากกว่า 3,000,000 บาท
 - สำเนาหนังสือคำสั่งศาลตั้งเป็นผู้จัดการมรดก
 - สำเนาหนังสือรับรองคดีถึงที่สุดจากศาลเมื่อครบ 1 เดือนนับแต่ศาลมีคำสั่ง
- 10. กรณีประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม หรือ Payroll แบบหนังสือรับรองการทำงาน
- 11. กรณี PA-นักเรียน แบบสำเนานักเรียน
- 12. เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทฯ เรียกร้องเพิ่มเติมตามความจำเป็น (ถ้ามี)

หมายเหตุ เอกสารทุกฉบับต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์/ ทายาทตามกฎหมาย/ ผู้จัดการมรดก

กรณีสูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

- 1. แบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim Form)
- 2. บันทึกประจำวันตำรวจ
- 3. ประวัติการรักษาทุกโรงพยาบาล
- 4. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุสาเหตุและความพิการ
- 5. เอกสารรับรองความพิการ
- 6. สำเนาบัตรคนพิการ
- 7. รูปถ่ายเต็มตัวที่เห็นอาการบาดเจ็บชัดเจน อย่างน้อย 2 ใบ
- 8. สำเนาบัตรประชาชนผู้บาดเจ็บ, สำเนาบัตรประกันภัย หรือบัตรที่ทางราชการออกให้
- 9. กรณีประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม หรือ Payroll แบบหนังสือรับรองการทำงาน
- 11. กรณี PA-นักเรียน แบบสำเนานักเรียน
- 12. เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทฯ เรียกร้องเพิ่มเติมตามความจำเป็น (ถ้ามี)

หมายเหตุ เอกสารทุกฉบับต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย