



บันทึกข้อความ

คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรมและเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย	
เลขรับ	1012
วันที่	9-6-2564
เวลา	13.35 น.

ส่วนราชการ กองพัฒนานักศึกษา งานบริการและสวัสดิการ บริการสุขภาพและอนามัย
โทรศัพท์ ๐ ๗๔๓๑ ๗๑๕๘ - ๙ ต่อ ๑๐๙ โทรสาร ต่อ ๑๑๑

ที่ อว ๐๖๕๕.๒๐/ ๓๓๘ วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๔

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/รองคณบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา

๑.เพื่อโปรดทราบ

๒.เห็นควรมอบ หน.พัฒนานักศึกษาฯ มอบ
งานกิจกรรมนักศึกษา(นายเอกศักดิ์)ดำเนินการตาม
รายละเอียดหนังสือ

๙ มิถุนายน ๖๔

(นางดาวดล จันทระพิน)

นักวิชาการศึกษาปฏิบัติการ รักษาการแทน

ผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา

เรียน คณบดี

- กองพัฒนานักศึกษาแจ้งคู่สัญญาและรายละเอียดการประกันอุบัติเหตุ
นักศึกษา ประจำปีการศึกษา 2564 โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มิ.ย. 2564
เวลา 16.30 น. สิ้นสุดวันที่ 1 มิ.ย. 2564 เวลา 16.30 น.

- เพื่อโปรดทราบ และมอบนายเอกศักดิ์ดำเนินการ

สภามหาวิทยาลัย

9 มิ.ย. 2564

ทราบและดำเนินการ

10 มิ.ย. 64

เอกศักดิ์

ทราบ + จัดส่งแล้ว

9/6
๑๐ มิ.ย. ๖๔



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,
Patumwan, Bangkok 10330, Thailand
Tel : +66 2613 0100
Fax : +66 2652 2872
E-mail : tic@thailins.com
http://www.thailins.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			-
ภายใต้ข้อสัญญา ข้อยกเว้นและเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัยของบริษัท สำหรับการประกันภัยตามประเภทการประกันภัยที่ระบุไว้ข้างต้นซึ่งบริษัทให้อยู่ในปัจจุบัน บริษัทตกลงให้การคุ้มครองแก่ผู้เอาประกันภัย ตามรายการและระยะเวลาดังระบุไว้ข้างต้น หนังสือคุ้มครองนี้ให้ถือว่ายกเลิกเมื่อบริษัทได้ทำกรมธรรม์ประกันภัย และส่งมอบให้แก่ผู้เอาประกันภัยแล้ว หนังสือคุ้มครองการประกันภัยชั่วคราวฉบับนี้มีผลใช้บังคับได้ไม่เกิน 60 วัน นับตั้งแต่วันเริ่มให้การคุ้มครอง และผู้เอาประกันภัยรับรองว่าจะแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการประกันภัยให้บริษัททราบโดยเร็วที่สุด เพื่อกำหนดการออกกรมธรรม์ประกันภัย วันทำหนังสือและออกหนังสือฉบับนี้ 31/05/2564 ณ กรุงเทพมหานคร บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) (นายมหัทธนะ อัมพรพิสิษฐ์) กรรมการผู้จัดการ ใช้เพื่อลงนามในกรมธรรม์ประกันภัย กรรมการ วรรณภา คลนุกูล ผู้รับมอบอำนาจ			

แบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนค่ารักษาพยาบาล ศัลยกรรม และอุบัติเหตุ

(สำหรับการรักษาพยาบาลทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก)

กรอกโดยผู้เอาประกันภัย / ผู้บาดเจ็บ/เรียกร้อง

1. กรมธรรม์เลขที่ ระยะเวลาคุ้มครอง..... แผน

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย/ผู้บาดเจ็บ : เพศ () ชาย () หญิง อายุ.....ปี

() บัตรประชาชน () ใบขับขี่ () บัตรประจำตัวข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ เลขที่

ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

ท่านมีประกันชีวิต / สุขภาพ / อุบัติเหตุ กับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ (หากมีกรุณาระบุทุกกรมธรรม์).....

ข้าพเจ้าขอใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเนื่องจาก () การเจ็บป่วย () อุบัติเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับเงินโดย () รับผ่านตัวแทน () กรุณาส่งเช็ค/ครีฟ ตามที่อยู่ด้านบน () โอนเข้าบัญชี

() อื่น ๆ

2. กรณีการรักษาใน โรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากความเจ็บป่วย

2.1 อาการเจ็บป่วย

2.2 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

2.3 รายละเอียดของการปรึกษาแพทย์ วันที่ ชื่อแพทย์ผู้รักษา ชื่อสถานพยาบาล

แพทย์คนแรกที่ปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

แพทย์ที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แพทย์อื่น ๆ ที่ให้คำปรึกษา

แพทย์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการเดียวกันในอดีต

3. กรณีการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากอุบัติเหตุ

3.1 วันที่เกิดเหตุ เวลา น. สถานที่เกิดเหตุ

3.2 อุบัติเหตุนี้เกิดขึ้น ได้อย่างไร

3.3 ลักษณะการบาดเจ็บ

3.4 อุบัติเหตุครั้งนี้มีการแจ้งความ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ เมื่อวันที่

4. รายละเอียดการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล

4.1 ชื่อโรงพยาบาล วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล วันที่ออกจาก ร.พ.

4.2 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล แผนกที่เข้ารับการรักษา.....

4.3 แพทย์ได้แจ้งผลการวินิจฉัยให้ทราบหรือไม่ กรุณาระบุการวินิจฉัยโรค

4.4 ได้รับการรักษาโดย () การฉีดยา () การผ่าตัด กรุณาระบุ

4.5 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจเลือด () อื่น ๆ

4.6 วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย ที่โรงพยาบาล

5. สำหรับผู้เอาประกันภัยสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งนี้ ท่านตั้งครรภ์หรือไม่

() ไม่ใช่ () ใช่ อายุครรภ์ สัปดาห์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลอื่นใดที่มีบันทึกข้อมูล การเจ็บป่วย หรือประวัติการเจ็บป่วยของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้อีกว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย

(.....) ตัวบรรจง (.....) ตัวบรรจง

รายการเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน PA-นักเรียน
กรณีผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล และค่าชดเชยการรักษาพยาบาล

ผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล

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

หมายเหตุ กรณีผู้เยาว์ประสงค์โอนเงินค่าสินไหมเข้าบัญชีบิดา/มารดา ให้แนบสำเนาสูติบัตร

ผลประโยชน์ค่าชดเชยการรักษาพยาบาล

- ☐ 1. แบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim Form)
- ☐ 2. ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุสาเหตุการบาดเจ็บ และรายละเอียดการรักษา
กรณีรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน แบนสำเนาประวัติการรักษา (ถ้ามี)
- ☐ 3. สำเนาใบเสร็จรับเงิน ที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบแสดงรายการค่ารักษาพยาบาล (ถ้ามี)
- ☐ 4. สำเนาบัตรประชาชนผู้บาดเจ็บ, สำเนาบัตรประกันภัย หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ (ลงลายมือชื่อรับรอง)
- ☐ 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารที่ประสงค์ให้โอนเงินค่าสินไหมทดแทน (ต้องเป็นบัญชีของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น)
- ☐ 6. กรณี PA-นักเรียน แบนสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียน
- ☐ 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 แนบหนังสือรับรองการทำงาน
- ☐ 11. กรณี PA-นักเรียน แนบสำเนาบตรนักเรียน
- ☐ 12. เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทฯ เรียกร้องเพิ่มเติมตามความจำเป็น (ถ้ามี)

หมายเหตุ เอกสารทุกฉบับต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์/ ทายาทตามกฎหมาย/ ผู้จัดการมรดก

กรณีสูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

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

หมายเหตุ เอกสารทุกฉบับต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย