



# คู่มือการปฏิบัติงาน

(Work Manual)

ชื่อส่วนงาน. สำนักงานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์

ชื่อกระบวนการ :งานประกันอุบัติเหตุนักศึกษา

งานบริการสวัสดิการนักศึกษา

โทร/โทรสาร...02 329800 ต่อ 3243

e-mail :wannipha.su@kmitl.ac.th

Website <https://office.kmitl.ac.th/osda/>

|                                                                                   |                                                                      |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
|  | คู่มือการปฏิบัติงาน (Work manual)                                    | รหัส : W-OSDA3-003                |
|                                                                                   | ชื่อกระบวนงาน : งานประกันอุบัติเหตุนักศึกษา                          | เริ่มใช้ : วว/ดต/ปป               |
|                                                                                   | ส่วนงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานกิจการนักศึกษา<br>และศิษย์เก่าสัมพันธ์ | แก้ไขครั้งที่ : 00<br>Page 1 of 5 |

| จัดทำโดย                                                                                                                                                              | ตรวจสอบโดย                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>.....<br>(นางวรรณิภา สุขพันธ์)<br>ตำแหน่ง นักวิชาการศึกษา                        | <br>.....<br>(นายทองศักดิ์ จันทร์หมั่นไว)<br>รักษาการแทนผู้อำนวยการสำนักงานกิจการนักศึกษา<br>และศิษย์เก่าสัมพันธ์        |
| ตรวจสอบโดย                                                                                                                                                            | อนุมัติโดย                                                                                                                                                                                                 |
| <br>.....<br>(รองศาสตราจารย์ ดร.สุธี ชูดีไพจิตร)<br>ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายพัฒนาศึกษา | <br>.....<br>(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกียรติศักดิ์ รุ่งพระแสง)<br>รองอธิการบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา<br>และศิษย์เก่าสัมพันธ์ |

ประวัติการแก้ไข :

| วันที่บังคับใช้ | แก้ไขครั้งที่ | รายละเอียดการแก้ไข |
|-----------------|---------------|--------------------|
| วัน/เดือน/ปี    | 00            | เอกสารออกใหม่      |
|                 |               |                    |

|                                                                                   |                                                                      |  |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|
|  | คู่มือการปฏิบัติงาน (Work manual)                                    |  | รหัส : W-OSDA3-003                |
|                                                                                   | ชื่อกระบวนงาน : งานประกันอุบัติเหตุนักศึกษา                          |  | เริ่มใช้ : วว/ดด/ปป               |
|                                                                                   | ส่วนงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานกิจการนักศึกษา<br>และศิษย์เก่าสัมพันธ์ |  | แก้ไขครั้งที่ : 00<br>Page 2 of 5 |

### 1. วัตถุประสงค์ (Objective) :

- 1.1 เพื่อให้สวัสดิการรักษายาบาล กรณีเกิดอุบัติเหตุ เจ็บป่วย แก่นักศึกษาสถาบัน
- 1.2 เพื่อช่วยบรรเทาความเดือดร้อน ความสูญเสีย ที่อาจเกิดขึ้นได้ไม่มากนักน้อย

### 2. ขอบเขต (Scope) :

- 2.1 ความคุ้มครองของประกันอุบัติเหตุ จะพิจารณาจากพื้นฐานของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของผู้ได้รับอุบัติเหตุ ไม่ว่าจะเป็นค่ารักษายาบาล การเสียชีวิตสูญเสียอวัยวะ,และเสียชีวิต
- 2.2 เพื่อให้การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการให้เป็นไปด้วยความถูกต้องตามหลักเกณฑ์ประกาศสถาบัน

### 3. คำนิยาม (Definition) :

- 3.1 นักศึกษา หมายถึง นักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
- 3.2 ประกันอุบัติเหตุ หมายถึง เป็นการประกันภัยที่ให้ความคุ้มครองต่อผู้เอาประกันภัยในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยประสบอุบัติเหตุได้รับความบาดเจ็บทางร่างกาย และหากผลของการบาดเจ็บนั้นส่งผลให้ผู้เอาประกันภัยต้องเข้ารับการรักษายาบาล หรือรุนแรงถึงขั้นทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ หรือเสียชีวิต บริษัทประกันภัยจะเข้ามารับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
- 3.4 ค่ารักษายาบาล หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษายาบาล
- 3.5 อุบัติเหตุ หมายถึง ได้รับความบาดเจ็บทางร่างกายหรือรุนแรงถึงขั้นทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ หรือเสียชีวิต
- 3.6 กองทุนสวัสดิการนักศึกษา หมายถึง กองทุนเงินสวัสดิการช่วยเหลือนักศึกษาสถาบันที่ประสบเหตุ เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต ที่ไม่สามารถเบิกค่าสินไหมจากบริษัทประกันภัยได้
- 3.7 ธรรมเนียม หมายถึง ตารางค่าธรรมเนียมประกันภัย ตารางผลประโยชน์ เงื่อนไขทั่วไปที่ระบุไว้
- 3.8 นักวิชาการศึกษา หมายถึง บุคลากรด้านสนับสนุนการศึกษา บริการและพัฒนางานด้านวิชาการศึกษา และด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง
- 3.9 บริษัทประกันภัย หมายถึง บริษัทประกันภัยที่ได้รับการพิจารณาให้จัดทำกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุ คุ้มครองนักศึกษาสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ประจำปีการศึกษานั้น



#### 4. หน้าที่ความรับผิดชอบ (Responsibilities) :

-นักวิชาการศึกษา มีหน้าที่

- 4.1 ดำเนินการจัดทำประกาศและเงื่อนไขการรับประกันภัยอุบัติเหตุนักศึกษา (TOR) ของปีการศึกษานั้น
- 4.2 ดำเนินการจัดหาบริษัทประกันภัย เพื่อเข้ารับประกันภัยอุบัติเหตุแก่นักศึกษาสถาบัน
- 4.3 ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลบริษัทประกันภัยที่เชิญเสนอราคาประกันภัย เพื่อดูผลประกอบการและการติดแบล็คลิสต์จากเว็บไซต์สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)
- 4.4 ดำเนินการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการพิจารณาบริษัทประกันภัยอุบัติเหตุ
- 4.5 ดำเนินการทำหนังสือเชิญบริษัทยื่นซองเสนอราคาเพื่อให้ความคุ้มครองอุบัติเหตุนักศึกษา
- 4.6 ดำเนินการจัดการประชุมคณะกรรมการเพื่อพิจารณาบริษัทประกันภัย
- 4.7 ดำเนินการสรุปมติที่ประชุม และผลการพิจารณาบริษัทประกันภัย เพื่อเรียนผู้บริหารทราบ ตามลำดับ
- 4.8 ดำเนินการจัดทำประกาศผลการพิจารณาบริษัทประกันภัย นำเสนอท่านอธิการบดี ลงนาม
- 4.9 ดำเนินการจัดทำหนังสือถึงสำนักทะเบียนและประมวลผลเพื่อขอรายชื่อนักศึกษาทั้งสถาบัน
- 4.10 ดำเนินการประสานงานบริษัทประกันภัยในการจัดทำไฟล์รายชื่อ แยกคณะ สาขา ชั้นปี เพื่อทำบัตรประกันภัยให้นักศึกษา
- 4.11 ดำเนินการจัดทำหนังสือแจ้งการชำระเบี้ยประกันภัยถึง คณะ วิทยาลัย วิทยาเขตชุมพร สถาบันโคเซ็นแห่ง สจล. สำนักทะเบียนและประมวลผล สำนักงานคลัง
- 4.12 ดำเนินการจัดทำหนังสือขออนุมัติค่าเบี้ยประกันภัยและขอเบิกเงินรายได้
- 4.13 ดำเนินการจัดทำหนังสือ ถึงสำนักงานคลัง เพื่อดำเนินการเบิกค่าเบี้ยประกันภัยให้กับบริษัทประกันภัย
- 4.14 ดำเนินการประชาสัมพันธ์ข้อมูลสวัสดิการประกันอุบัติเหตุ ทาง social media ให้นักศึกษาทราบเกี่ยวกับเงื่อนไขและแนวปฏิบัติในการ กรณีที่เกิดอุบัติเหตุ
- 4.15 ดำเนินการคัดแยก จัดบัตรประกันอุบัติเหตุ ส่งคณะ วิทยาลัย วิทยาเขตชุมพร เพื่อแจกให้นักศึกษา
- 4.16 ดำเนินการรับคำร้องและตั้งเบิก ค่าสินไหมกับบริษัทประกันภัย ให้กับนักศึกษากรณีสำรองจ่ายค่ารักษา
- 4.17 ดำเนินการตั้งเบิกค่ารักษาพยาบาลของนักศึกษา กับบริษัทประกันภัย
- 4.18 ดำเนินการแจ้งอนุมัติการโอนเงิน ให้นักศึกษาทราบทาง social media
- 4.19 ให้คำแนะนำช่วยเหลือแก่นักศึกษา กรณีเกิดอุบัติเหตุ หรือ เจ็บป่วย
- 4.20 ประสานงานกับผู้ปกครอง กรณีนักศึกษาเกิดอุบัติเหตุ บาดเจ็บ และเสียชีวิต
- 4.21 ทำหนังสือแจ้งสำนักทะเบียนและประมวลผล กรณีนักศึกษาเกิดอุบัติเหตุจนเสียชีวิต
- 4.22 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่กิจการนักศึกษา คณะ วิทยาลัย กรณีนักศึกษาเกิดอุบัติเหตุ หรือเสียชีวิต

-บริษัทประกันภัย มีหน้าที่

- 1.ทำสัญญาประกันภัยและออกกรมธรรม์ ให้ความคุ้มครองอุบัติเหตุนักศึกษา
- 2.จ่ายสินไหมค่ารักษาพยาบาลกรณี นักศึกษาเบิกค่ารักษาพยาบาล และจ่ายสินไหมให้ผู้รับผลประโยชน์ กรณีนักศึกษาเสียชีวิตเพราะอุบัติเหตุ
- 3.ให้คำปรึกษากรณี ผู้เอาประกันภัย ผู้ปกครอง สอบถามและขอคำแนะนำกรณีเกิดอุบัติเหตุ

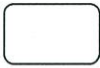
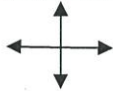
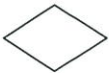
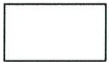
-นักศึกษา มีหน้าที่

1. ติดตามข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับประกันอุบัติเหตุของแต่ละปีการศึกษา
2. เขียนคำร้องเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน
3. นำส่งเอกสารและหลักฐานการขอเบิกค่ารักษาพยาบาลให้กับเจ้าหน้าที่งานสวัสดิการนักศึกษา

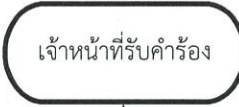
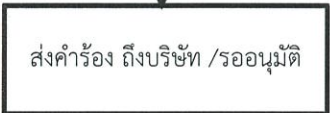
|                                                                                   |                                                                      |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|  | คู่มือการปฏิบัติงาน (Work manual)                                    | รหัส : W-OSDA3-003             |
|                                                                                   | ชื่อกระบวนการ : งานประกันอุบัติเหตุนักศึกษา                          | เริ่มใช้ :                     |
|                                                                                   | ส่วนงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานกิจการนักศึกษา<br>และศิษย์เก่าสัมพันธ์ | แก้ไขครั้งที่ :<br>Page 3 of 5 |

#### 5. ระเบียบปฏิบัติ/ขั้นตอน (Procedure) :

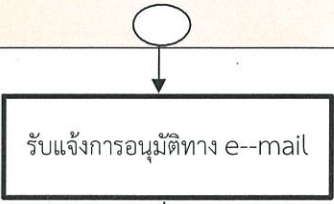
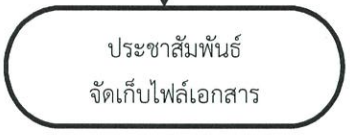
- ความหมายของเครื่องหมายต่างๆ ในการจัดทำผังกระบวนการ

| เครื่องหมาย                                                                       | ความหมาย                                      | เครื่องหมาย                                                                       | ความหมาย                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | เริ่มต้น/สิ้นสุด (Start/Finish)               |  | ทิศทางขั้นตอนการดำเนินงาน (Flow)                                                          |
|  | พิจารณา (Decision)<br>เช่น อนุมัติ/ไม่อนุมัติ |  | จุดเชื่อมต่อการดำเนินงาน (Connection)                                                     |
|  | ดำเนินการ (Activity)                          |  | สื่อสาร เช่น เจ้าหน้าที่ที่ต้องหาหรือ ผอ. ก่อน<br>การดำเนินการ / โทรศัพท์แจ้งผู้รับบริการ |

#### 5. ขั้นตอนการให้บริการ / ผังกระบวนการ (Workflow)

| ลำดับ | ผังกระบวนการ                                                                        | ระยะเวลา | ขั้นตอนการให้บริการ                                                                             | แบบฟอร์ม   | ผู้รับผิดชอบ    |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|
| 5.1   |  | 5 นาที   | นักศึกษาเขียนคำร้อง<br>รับคำร้องจากและหลักฐานการ<br>เบิกค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุ<br>จากนักศึกษา | 1 ฉบับ     | นักวิชาการศึกษา |
| 5.2   |  | 60 นาที  | ตรวจสอบหลักฐาน<br>ความถูกต้อง                                                                   | ตามหลักฐาน | นักวิชาการศึกษา |
| 5.3   |  | 45 นาที  | ตั้งเบิกค่าสินไหม                                                                               |            | นักวิชาการศึกษา |
| 5.4   |  | 10 นาที  | ส่งคำร้องถึงบริษัทประกันภัย<br>และตรวจสอบความถูกต้อง<br>(รอผลอนุมัติ 15-20 วัน)                 |            | นักวิชาการศึกษา |



| ลำดับ | ผังกระบวนการงาน                                                                                                                                                                                                         | ระยะเวลา | ขั้นตอนการให้บริการ                                                                                                                                                                                                      | แบบฟอร์ม | ผู้รับผิดชอบ    |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|
| 5.5   |  <pre> graph TD     Start(( )) --&gt; Process[รับแจ้งการอนุมัติทาง e--mail] </pre> <p>รับแจ้งการอนุมัติทาง e--mail</p>                 | 5 นาที   | รับแจ้งการโอนเงินคืนให้นักศึกษา และตรวจสอบความถูกต้อง                                                                                                                                                                    |          | นักวิชาการศึกษา |
| 5.6   |  <pre> graph TD     Start(( )) --&gt; Process([ประชาสัมพันธ์<br/>จัดเก็บไฟล์เอกสาร]) </pre> <p>ประชาสัมพันธ์<br/>จัดเก็บไฟล์เอกสาร</p> | 10 นาที  | ประชาสัมพันธ์<br><a href="https://www.facebook.com/pegsatitakarnakorn">https://www.facebook.com/pegsatitakarnakorn</a><br>เพจสวัสดิการนักศึกษา<br>ลาดกระบัง และกลุ่มไลน์<br>ประกันอุบัติเหตุ KMITL<br>-จัดเก็บไฟล์เอกสาร |          | นักวิชาการศึกษา |



|                                                                                   |                                                                      |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|  | คู่มือการปฏิบัติงาน (Work manual)                                    | รหัส : W-OSDA3-003             |
|                                                                                   | ชื่อกระบวนการ : งานประกันอุบัติเหตุนักศึกษา                          | เริ่มใช้ :                     |
|                                                                                   | ส่วนงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานกิจการนักศึกษา<br>และศิษย์เก่าสัมพันธ์ | แก้ไขครั้งที่ :<br>Page 4 of 5 |

● รายละเอียดระเบียบปฏิบัติ/ขั้นตอน (Procedure) :

5.1 รับคำร้องจากและหลักฐานการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุ จากนักศึกษา

5.1.1 นักศึกษากรอกแบบฟอร์มคำร้องเบิกค่าสินไหมของบริษัท แนบเอกสารหลักฐานการเบิกเงินตามรายละเอียดในแบบฟอร์ม ลงชื่อผู้เบิกเงิน รับรองสำเนาถูกต้อง ครบถ้วน

5.2 ตรวจสอบหลักฐานความถูกต้อง

5.2.1 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบเอกสาร หลักฐาน ได้แก่

(1) ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริงเท่านั้น )

(2) ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริงหรือสำเนา )

และใบรับรองแพทย์ต้องระบุสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ เท่านั้น

(3) สำเนาบัตรประกันภัย

(4) สำเนาบัตรนักศึกษา หรือสำเนาบัตรประชาชน

(5) สำเนานำบัญชีธนาคารของนักศึกษาผู้ประสบเหตุ

และตรวจสอบจำนวนเงินที่นักศึกษาขอเบิก ให้ถูกต้องเรียบร้อย และลงนามรับรองเอกสารการเบิกให้กับนักศึกษา พร้อมให้หลักฐานการรับเอกสารให้นักศึกษา โดยระบุจะจ่ายเงินที่ส่งเบิกและวันที่บริษัทโอนเงินคืน แก่นักศึกษาทราบ

5.3 ตั้งเบิกค่าสินไหม

5.3.1 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานนำเอกสารหลักฐานทั้งหมดของนักศึกษาที่ยื่นคำร้อง (เอกสารตาม 5.2.1

(1) - (5) ) จัดพิมพ์รายละเอียดการเบิกเงินค่าสินไหม ลงในตารางแบบฟอร์มการเบิกเงินของบริษัทประกันภัย (ทำการเบิกทุกวันพฤหัสบดี)

5.4 ส่งคำร้องถึงบริษัทประกันภัยและตรวจสอบความถูกต้อง (รอผลอนุมัติ 15-20 วัน)

5.4.1 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานส่ง เอกสารหลักฐานของนักศึกษา ถึง ฝ่ายสินไหมทดแทนของบริษัทประกันทางไปรษณีย์ (ลงทะเบียน ems)

5.5 รับแจ้งการโอนเงินคืนให้นักศึกษา และตรวจสอบความถูกต้อง

5.5.1 หลังจากบริษัทประกันภัยได้รับเอกสารคำร้องเบิกสินไหมของนักศึกษาภายใน 15 วัน จะทำการแจ้งผลการอนุมัติสินไหมทางเมลล์ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประกันอุบัติเหตุ



|                                                                                   |                                                                      |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|  | คู่มือการปฏิบัติงาน (Work manual)                                    | รหัส : W-OSDA3-003             |
|                                                                                   | ชื่อกระบวนงาน : งานประกันอุบัติเหตุนักศึกษา                          | เริ่มใช้ :                     |
|                                                                                   | ส่วนงานที่รับผิดชอบ : สำนักงานกิจการนักศึกษา<br>และศิษย์เก่าสัมพันธ์ | แก้ไขครั้งที่ :<br>Page 5 of 5 |

## 5.6 ประชาสัมพันธ์/จัดเก็บไฟล์เอกสาร

5.6.1 เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ตรวจสอบผลการอนุมัติ เพื่อให้ตรงกับการตั้งเบิก ของนักศึกษาแต่ละราย เมื่อไม่ถูกต้อง จะต้องทวงถาม และติดตาม ผลการพิจารณา หากถูกต้องครบถ้วน จะประชาสัมพันธ์ เพื่อให้นักศึกษาทราบ ทาง เพจสวัสดิการนักศึกษา (ตามลิงก์)

<https://www.facebook.com/StudentWelfareServicesKMUTL>

## 6. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง (Reference Document)

6.1 คู่มืองานประกันอุบัติเหตุ

6.2 ประกาศสถาบัน เรื่องเงื่อนไขการพิจารณาบริษัทประกันภัยอุบัติเหตุนักศึกษา ณ ปีการศึกษาปัจจุบัน

6.3 ประกาศสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง เรื่องการจ่ายเงินสวัสดิการช่วยเหลือนักศึกษา ฉบับลงวันที่ 31 สิงหาคม 2552

## 7. แบบฟอร์มที่ใช้ (Form) :

7.1 แบบฟอร์มเบิกค่ารักษาพยาบาลของบริษัทประกันภัย (แบบฟอร์ม สำหรับนักศึกษา)

7.2 แบบฟอร์มการเบิกเงินค่าสินไหมทดแทนส่งบริษัท (แบบฟอร์ม สำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน )

**แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย ACCIDENT / ILLNESS CLAIM FORM**

- ☐ ค่ารักษาพยาบาล Medical Expenses  
 ☐ เสียชีวิต Accidental Death  
 ☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง Total Permanent Disability  
 ☐ สูญเสียอวัยวะ Dismemberment  
☐ ค่าชดเชยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล Compensate for hospital income  
☐ อื่นๆ Other.....

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. ชื่อนามสกุลผู้เอาประกันภัย Insured Name..... เพศ Sex <input type="checkbox"/> ชาย Male <input type="checkbox"/> หญิง Female อายุ Age ..... ปี Yrs<br>วันเดือนปีเกิด Date of Birth ...../...../..... หมายเลขบัตรประชาชน/หมายเลขหนังสือเดินทาง ID/Passport Number .....<br>กรมธรรม์เลขที่ Policy No..... ผู้ถือกรมธรรม์ Policy Holder..... โทรศัพท์ Telephone ..... Email.....<br>ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ Contact Address .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| 2. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ For Illness <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน (IPD) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (Other).....<br>2.1 ชื่อสถานพยาบาล Hospital Name..... วันที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก OPD Visit Date ...../...../.....<br>วันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน Admission Date ...../...../..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล Discharge Date ...../...../.....<br>2.2 อาการเจ็บป่วย Symptoms..... วันที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย First date of symptoms ...../...../.....<br>2.3 ผลการวินิจฉัยของแพทย์ Diagnosis..... โรคประจำตัว Underlying diseases .....<br>เป็นตั้งแต่เมื่อไหร่ When did you know?..... รักษาที่ใด Where treatment? .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 3. กรณีอุบัติเหตุ/ อุบัติเหตุจากรถ/ ถูกทำร้ายร่างกาย/ จราจร/ ก่อการร้าย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ For Accident, Assault, Riot or Terrorism<br>3.1 วันที่เกิดอุบัติเหตุ Accident Date ...../...../..... เวลา Time ..... สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Place of accident.....<br>3.2 อธิบายรายละเอียดสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ Cause of accident, please description .....<br>3.3 อวัยวะตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ และลักษณะบาดเจ็บ Nature of wound and injured organs.....<br>3.4 ชื่อสถานพยาบาล Hospital Name..... วันที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก OPD Visit Date ...../...../.....<br>วันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน Admission Date ...../...../..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล Discharge Date ...../...../.....<br>3.5 อุบัติเหตุครั้งนี้เคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่ Has this accident ever been preserved? <input type="checkbox"/> ไม่เคย No <input type="checkbox"/> เคย Yes รักษาที่ Where of treatment.....<br>..... เมื่อวันที่ Date of treatment ...../...../..... (โปรดแนบการรักษา Please, attached documents)<br>3.6 มีการแจ้งความหรือไม่ Alert the police <input type="checkbox"/> ไม่มี No <input type="checkbox"/> มี Yes สถานีตำรวจ Police Station..... วันที่ Date ...../...../.....<br>3.7 มีการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดหรือไม่ Measure alcohol level <input type="checkbox"/> ไม่มี No <input type="checkbox"/> มี Yes<br>ผลตรวจมีค่า Alcohol Level .....mg% (โปรดแนบผลการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด Please, attached result) |  |
| 4. กรณีที่เป็นสตรี ท่านมีการครรภ์หรือไม่ For female, are you pregnant? <input type="checkbox"/> ไม่ No <input type="checkbox"/> ใช่ Yes อายุครรภ์ Gestational age..... สัปดาห์ Wks                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| 5. ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย How to receive compensation<br><input type="checkbox"/> เช็ค Cheque <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร Bank Transfer (หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ ที่เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า If there are any charges, this is my responsibility.)<br>ประเภทบัญชี Bank Account Type ..... ธนาคาร Bank Name ..... สาขา Branch .....<br>ชื่อบัญชี Account Name ..... เลขที่บัญชี Account No .....<br>*พร้อมกันนี้ให้สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ประเภทออมทรัพย์/ กระแสเงินสด/ เงินฝาก ของผู้เอาประกันภัย* Copy of Passbook in Thailand                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 6. ข้าพเจ้าประสงค์ขอใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์คืนเพื่อเบิกกับสวัสดิการอื่นๆ ที่อยู่จัดสงเคราะห์ <input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ระบุในเอกสารนี้<br>A request for the return of the original receipt and a medical certificate for other benefits <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, Address.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง และอนุญาตให้แพทย์โรงพยาบาล บริษัท ประกันภัยองค์กรสถาบันหรือบุคคลที่มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยต่อทั้งหมดยกเว้น บริษัท อากเนย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้รับเงินสำเนาหนังสือยินยอมนี้จะถือว่าไม่ผลบังคับใช้อย่างสมบูรณ์  
 - I hereby certify that all statements are true. And allow doctors, hospitals, insurance companies, organizations, institutions, or individuals. Save my history of illness or medical history. Disclose all facts to Southeast Insurance Public Company Limited or the payee. A copy of this consent is deemed to be fully effective.

**\*\*\*กรอกข้อมูลเพิ่มเติม**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.สังกัดคณะ หรือ วิทยาลัย.....<br>2.สาขา/ภาควิชา.....<br>3.จำนวนที่เบิก.....<br>4.ค่ารักษาพยาบาลที่เบิกในครั้งนี้ มีการเดินทางไปพบแพทย์เพื่อรักษาต่อเนื่องหรือไม่ ..... (ถ้ามี ..จะมีค่าเดินทางกรณีเป็นผู้ป่วยนอก จากอุบัติเหตุต่อเนื่อง จำนวน 300 บาท ต่อเหตุการณ์) | ลงชื่อ Sign .....ผู้เอาประกันภัย Insured name<br>(.....)<br>วันที่ Date ...../...../.....<br>ลงชื่อ Sign .....ผู้กระทำการแทน Authorized representative<br>(.....)<br>วันที่ Date ...../...../.....<br>โปรดระบุความสัมพันธ์ Please specify relationship ..... |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



ใบสรปรายการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนักศึกษา ปีการศึกษา 2564

ตั้งเบิกครั้งที่ .... /2564

เลขที่กรมธรรม์ 32603117-21NBK

วันที่บันทึกเอกสาร วัน/เดือน/ปี

ใบสรุป \_\_\_\_\_ แผ่น \_\_\_\_\_ แผ่น/ชุด

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว) วรณิกา สุขพันธ์ .....ขอรับรองว่า รายนามข้างต้นเป็นนักศึกษาของสถาบัน จริย<br/>         สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาล จากทางบริษัท อาคเนย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ที่ทางสถานศึกษาได้ตกลง<br/>         ทำสัญญาเอาประกันไว้ ได้ทุกประการ</p> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <p>ประทับตรา<br/>สถาบัน</p> </div> <div style="margin-top: 20px;"> <p>ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเอกสาร<br/>           ( นางวรรณิกา สุขพันธ์ )<br/>           ตำแหน่ง นักวิชาการศึกษา</p> </div> </div> |  |                                                                                |
| <p>ลงชื่อ..... (ผู้รับรองการเบิกสินไหม)<br/>           (นายทองศักดิ์ จันทร์หมื่นไวย)</p> <p>รักษาการแทนผู้อำนวยการสำนักงานกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <p>ผู้รับเอกสาร/ ตัวแทนบริษัท</p> <p>ลงชื่อ .....<br/>           ( ..... )</p> |