



สำนักวิชาแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
เลขที่รับ 3052
วันที่ 6 ต.ค. 2558
เวลา 10.03 ผู้รับ คนี่มา

บันทึกข้อความ

หน่วยงาน ส่วนพัฒนานักศึกษา
ที่ ศธ ๕๙๑๔(๓) / ว ๑๓๕๙

โทรศัพท์ ๖๓๘๒
วันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์ การประกันอุบัติเหตุ ปีการศึกษา ๒๕๕๘
เรียน คณบดี / ผู้อำนวยการศูนย์ / หัวหน้าส่วน

ตามที่ มหาวิทยาลัยได้ดำเนินการจัดทำประกันอุบัติเหตุให้นักศึกษาและบุคลากร ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๘ กับบริษัท สยามชีวิตประกันภัย จำกัด(มหาชน) เป็นระยะเวลา ๑ ปี ซึ่งมีรายละเอียดความคุ้มครองการประกันอุบัติเหตุตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ โดยเริ่มวันคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ นั้น

ในการนี้ นักศึกษาและบุคลากร ที่ได้รับอุบัติเหตุสามารถเบิกค่าทดแทนอุบัติเหตุจากบริษัทรับประกันอุบัติเหตุของมหาวิทยาลัยได้ โดยกรอกแบบฟอร์มและเตรียมเอกสารประกอบการเบิกจ่ายตามที่บริษัทกำหนด(รายละเอียดตามเอกสารแนบ) และนำส่งที่ฝ่ายทุนการศึกษา ส่วนพัฒนานักศึกษา อาคาร D๑ ห้อง ๑๑๗ ในวันและเวลาทำการ

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย ส่วนพัฒนานักศึกษา จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การให้บริการดังกล่าวให้นักศึกษาและบุคลากรทราบ ทั้งนี้สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวสุชศิริ ชัตติยะ เจ้าหน้าที่บริหาร ส่วนพัฒนานักศึกษา โทร. ๖๓๘๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง

(นาย วีระชัย เจริญจิตติชัย)
หัวหน้าส่วนพัฒนานักศึกษา

คำสั่ง/ความเห็น

- รับทราบ ดำเนินการ
 แจ้งเวียน อนุมัติ

6 ต.ค. 58

แจ้งท้าย

1. คณบดีสำนักวิชาศิลปศาสตร์
2. คณบดีสำนักวิชาการจัดการ
3. คณบดีสำนักวิชาอุตสาหกรรมเกษตร
4. คณบดีสำนักวิชานิติศาสตร์
5. คณบดีสำนักวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ
6. คณบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์
7. คณบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์เครื่องสำอาง
8. คณบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
9. คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
10. คณบดีสำนักวิชาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ
11. คณบดีสำนักวิชาแพทยศาสตร์
12. คณบดีสำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์
13. คณบดีสำนักวิชาจีนวิทยา
14. คณบดีสำนักวิชานวัตกรรมสังคม
15. ผู้อำนวยการศูนย์บริการวิชาการ
16. ผู้อำนวยการศูนย์บริการเทคโนโลยีสารสนเทศ
17. ผู้อำนวยการศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา
18. ผู้อำนวยการศูนย์เครื่องมือวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
19. ผู้อำนวยการศูนย์ภาษาและวัฒนธรรมจีนสิรินธร
20. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
21. หัวหน้าส่วนสารบรรณ อำนวยการและนิติการ
22. หัวหน้าส่วนการเจ้าหน้าที่
23. หัวหน้าส่วนการเงินและบัญชี
24. หัวหน้าส่วนนโยบายและแผน
25. หัวหน้าส่วนพัสดุ
26. หัวหน้าส่วนทะเบียนและประมวลผล
27. หัวหน้าส่วนบริการงานวิจัย
28. หัวหน้าส่วนประชาสัมพันธ์
29. หัวหน้าส่วนอาคารสถานที่
30. หัวหน้าส่วนจัดหางานและฝึกงานของนักศึกษา
31. หัวหน้าส่วนพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ
32. หัวหน้าส่วนประกันคุณภาพการศึกษาและพัฒนาหลักสูตร
33. หัวหน้าหน่วยตรวจสอบภายใน
34. หัวหน้าสำนักงานให้คำปรึกษาและช่วยเหลือนักศึกษา
35. หัวหน้าสำนักงานบัณฑิตศึกษา
36. ผู้กำกับดูแลสำนักงานจัดการทรัพย์สินและรายได้

สรุปความคุ้มครองการประกันอุบัติเหตุ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ประจำปีการศึกษา 2558

1. คุ้มครองอุบัติเหตุทุกชนิดทุกแห่งทั่วโลก ตลอด 24 ชั่วโมง ระยะเวลา 1 ปี
(1 สิงหาคม 2558 - 1 สิงหาคม 2559)
2. ข้อตกลงคุ้มครองประกันภัยอุบัติเหตุ (จำนวนเงินเอาประกันภัย)
 - 2.1 กรณีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจรวด 200,000 บาท
 - 2.2 กรณีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุอื่น 200,000 บาท
 - 2.3 กรณีการสูญเสียอวัยวะจากอุบัติเหตุ
 - 2.3.1 สูญเสียแขน ขา หรือตาบอด ทั้ง 2 ข้าง 200,000 บาท
 - 2.3.2 สูญเสียแขน 1 ข้าง และ ขา 1 ข้าง 200,000 บาท
 - 2.3.3 สูญเสียขา 1 ข้าง และตาบอด 1 ข้าง 200,000 บาท
 - 2.3.4 สูญเสียแขน 1 ข้าง หรือ ขา 1 ข้าง หรือตาบอด 1 ข้าง 120,000 บาท
 - 2.3.5 สูญเสียนิ้วชี้ และนิ้วหัวแม่มือของมือข้างเดียวกัน 120,000 บาท
 - 2.4 ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ 200,000 บาท
 - 2.5 ค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากอุบัติเหตุตามวงเงินที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 20,000 บาท ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง
 - 2.6 กรณีเสียชีวิตจากการถูกฆาตกรรมหรือถูกทำร้ายร่างกาย 200,000 บาท
 - 2.7 กรณีเสียชีวิตจากภัยพิบัติธรรมชาติ 200,000 บาท
 - 2.8 กรณีเสียชีวิต จากโรคร้ายไข้เจ็บ (ที่นอกเหนือจากอุบัติเหตุ) 50,000 บาท
 - 2.9 กรณีที่ไม่ได้ใช้สิทธิ์วงเงินค่ารักษาพยาบาลจากบริษัทฯ ทางบริษัท จะจ่ายเป็นค่าใช้จ่ายอื่นจากอุบัติเหตุครั้งนั้น ๆ (แบบประกันเป็นแผนเลือกสิทธิ์)
 - 2.9.1 ค่าใช้จ่ายอื่น จากอุบัติเหตุในฐานะผู้ป่วยนอก(OPD) จำนวนเงิน 500 บาทต่อครั้ง ตลอดปี สูงสุดไม่เกิน 50,000 บาท
 - 2.9.2 ค่าใช้จ่ายอื่น จากอุบัติเหตุในฐานะผู้ป่วยใน(IPD) จำนวนเงิน 1,000 บาทต่อคืน ตลอดปี สูงสุดไม่เกิน 100,000 บาท

แผนเลือกสิทธิ์ หมายความว่า เมื่อเกิดอุบัติเหตุครั้งนั้น ให้ผู้เอาประกันภัยต้องเลือกระหว่างค่ารักษาพยาบาล หรือเลือกค่าใช้จ่ายอื่น(เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่ออุบัติเหตุครั้งนั้น ๆ
3. เอกสารที่ใช้ประกอบการเบิกจ่ายค่าทดแทนอุบัติเหตุ
 - 3.1 แบบเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุ
 - 3.2 ใบรับรองแพทย์(ฉบับจริง)จากโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา
 - 3.3 ใบเสร็จรับเงิน(ฉบับจริง)จากโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายทุนการศึกษา ส่วนพัฒนานักศึกษา โทร. 053-916382



บริษัท สยามซิตีประกันภัย จำกัด (มหาชน)
SIAM CITY INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

44/1 อาคารรุ่งโรจน์ทูลเกล้า ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ +66 2202 9500 โทรสาร +66 2202 9555 ทะเบียนเลขที่ 0107555000597
 • สุราษฎร์ธานี โทร. 0-7721-9896-9 FAX 0-7721-9900 • ภูเก็ต โทร. 0-7623-2600-3 FAX 0-7623-2604 • หาดใหญ่ โทร. 0-7434-3500 FAX 0-7434-3504 • เชียงใหม่ โทร. 0-5387-8280-4 FAX 0-5323-3812
 • อุตรดิตถ์ โทร. 0-4222-3431 FAX 0-4221-2054 • กาญจนบุรี โทร. 0-4526-2900 FAX 0-4526-2088 • พิษณุโลก โทร. 0-5522-4345 FAX 0-5522-3332 • สระบุรี โทร. 0-3638-7391 FAX 0-3638-7395
 • นครราชสีมา โทร. 0-4424-8365 FAX 0-4424-8369 • ชลบุรี (ท่าเสา) โทร. 0-3871-6959-61 FAX 0-3871-6788 • นครปฐม โทร. 0-3421-9488-500 FAX 0-3421-9192

แบบเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุนักเรียน / นักศึกษา

ชื่อสถานศึกษา..... กรมธรรม์เลขที่..... เลขรับแจ้งที่.....

ชื่อ-นามสกุลผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง..... อายุ..... ปี ศึกษาอยู่ชั้นปีที่.....

ห้อง..... รหัสประจำตัว..... ภาควิชา / คณะ..... วิชาเอก.....

ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทร.....

กรณีเร่งด่วนติดต่อผู้ปกครองชื่อ..... โทร..... มือถือ.....

สถานที่เกิดเหตุ.....

วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... น. ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุและอาการที่ได้รับบาดเจ็บโดยสังเขป.....

ข้าพเจ้าในฐานะผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง / หรือผู้กระทำการแทน

ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลจาก บริษัทผู้รับประกันภัยอื่น หรือสวัสดิการอื่นๆ แล้ว
 จากบริษัทประกันภัยอื่น / สวัสดิการอื่นๆ..... ตามกรมธรรม์เลขที่.....
 เลขเคลมที่..... เป็นเงิน..... บาท (.....)

ไม่ได้ใช้สิทธิ เพราะ.....

ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา.....

จำนวนค่ารักษาพยาบาล / ค่าทดแทน ที่เรียกร้อง..... บาท (.....)

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการศึกษาระดับมัธยมศึกษาทั้งหมดแก่บริษัท สยามซิตีประกันภัย จำกัด (มหาชน) ซึ่งขอลงนามนี้เพื่อให้เป็นหลักฐาน

(ประทับตราสถานศึกษา) ลงชื่อ..... ผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง / ผู้กระทำการแทน
 (.....) วันที่.....

สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา ตรวจรักษาวันที่..... เวลา..... น.
 ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา.....
 การวินิจฉัยโรคมีความเห็นว่า.....
 (ประทับตราสถานพยาบาล) ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจรักษา
 (.....)
 ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... วันที่ลงความเห็น.....

เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน กรุณากรอกข้อความให้ละเอียดชัดเจนและถูกต้องมากที่สุด
 หน้า..... ลำดับที่.....
 (แบบเรียกร้องนี้สามารถทำเอกสารได้)