



คู่มือการให้บริการ : ประกันอุบัติเหตุ

หน่วยงานที่ให้บริการ : แผนกกิจการนักศึกษา

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

การจัดทำประกันอุบัติเหตุกลุ่มแก่นักศึกษาและบุคลากร จัดเป็นสวัสดิการอีกหนึ่งอย่างที่คุ้มครองนักศึกษาและบุคลากรในกรณีเกิดอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อยหรือร้ายแรง อีกทั้งยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุในแต่ละครั้ง

ระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

ไม่มี

ช่องทางการให้บริการ

สถานที่ให้บริการ/ช่องทางการให้บริการ	ระยะเวลาเปิดให้บริการ
-แผนกกิจการนักศึกษา อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550	-วันจันทร์ – วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น. หยุดวันเสาร์ วันอาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์

ขั้นตอน ระยะเวลา และส่วนงานที่รับผิดชอบ

ระยะเวลาในการดำเนินการ : -วันจันทร์ – วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.30 – 16.30 น.

ลำดับ	ขั้นตอน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1	-ประชาสัมพันธ์การจัดทำประกันอุบัติเหตุแก่นักศึกษาและบุคลากรทราบ -จัดทำเอกสารรายละเอียดสิทธิประโยชน์และการเบิกจ่ายแก่นักศึกษาและบุคลากร -เก็บเงินค่าประกันอุบัติเหตุกับบุคลากรที่สนใจทำประกันอุบัติเหตุ	2 วัน	-แผนกกิจการนักศึกษา -แผนกประชาสัมพันธ์
2	-นักศึกษาและบุคลากรเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนให้แจ้งแผนกกิจการนักศึกษา -ยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินคืนจากบริษัทประกันกรณีมีการสำรองจ่ายมีหลักฐานการจ่ายเงินสำรองแนบมาด้วย -ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร -แผนกกิจการศึกษานำหลักฐานนำเสนอส่งยังกองพัฒนานักศึกษาเพื่อขอรับค่าสินไหมทดแทน -บันทึกหลักฐานขอเบิก – จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน	1 ชม.	-แผนกกิจการนักศึกษา
3	สรุปและประเมินผลการให้บริการ	2 ชม.	-แผนกกิจการนักศึกษา

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานผู้ออกเอกสาร
1.	แบบฟอร์มการเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทน	บริษัทประกันอุบัติเหตุ

ค่าธรรมเนียม

ลำดับ	รายละเอียดค่าธรรมเนียม	ค่าธรรมเนียม(บาท/ร้อยละ)
1.	ไม่มี	

ช่องทางการร้องเรียน แนะนำการให้บริการ


ลำดับ	ช่องทางการร้องเรียน/แนะนำการให้บริการ
1.	แผนกกิจการนักศึกษา อาคารเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

แบบฟอร์ม ตัวอย่างและคู่มือการกรอก

ลำดับ	ชื่อแบบฟอร์ม
1.	แบบฟอร์มการเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทน

ภาคผนวก

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน



Siam City
INSURANCE

บริษัท สยามซิตีประกันภัย จำกัด (มหาชน)
Siam City Insurance Public Company Limited

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (SCIL FORM)

44/1 อาคารผู้ใจนงนุช ชั้น 12 อ. วัฒนาภิเษก แขวงวิเศษสุราช เขตวิเศษสุราช กรุงเทพมหานคร 10310 โทร +66 2262 9500 โทรสาร +66 2262 9555 โทรเลขเลขที่ 01073550220527
 เชียงใหม่ โทร (053) 876-290-4 พิษณุโลก โทร (088) 234-346 (088) 224-888-7 นครราชสีมา โทร (044) 240-388-88 พิษณุ โทร (036) 716-888-81 นครปฐม โทร (034) 885-316-8 - 8889 โทร (036) 387-394-4
 กรุงเทพมหานคร โทร (046) 230-427-2 (046) 311-825-38 - สุพรรณบุรี โทร (042) 223-431 (042) 212-038-061 สุราษฎร์ธานี โทร (077) 219-896-8 อุบลราชธานี โทร (016) 232-888-8 นครศรีธรรมราช โทร (075) 243-888-8

คนพิการทางกาย (ทุพวิสัย) ผู้พิการ เด็กพิการทุพวิสัย ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของญาติหรือผู้ดูแลการเจ็บป่วย สูบหรือดื่ม ขูดผม

ส่วนรับ นักเรียน/นักศึกษา/Students

ชื่อ-นามสกุลของผู้เอาประกันภัย _____ หมายเลขบัตรประชาชน _____ อายุ _____ ปี
 Insured's name _____ ID/Passport _____ Age _____ year

เบอร์โทรศัพท์/Telephone number _____ E-mail _____ ชั้น/Class _____ คณะ/Faculty _____

ชื่อสถานศึกษา/School _____ วันที่เกิดเหตุ/Date of loss _____ เวลาเกิดเหตุ/Time _____

การวินิจฉัยโรค/Diagnosisเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย _____

จำนวนเงินที่เรียกร้องค่าสินไหมจำนวนเงิน _____ บาท

ส่วนรับ บุคคลทั่วไป/Personal

ชื่อ-นามสกุลของผู้เอาประกันภัย _____ หมายเลขบัตรประชาชน _____ อายุ _____ ปี
 Insured's name _____ ID/Passport _____ Age _____ year

เบอร์โทรศัพท์/Telephone number _____ E-mail _____

การวินิจฉัยโรค/Diagnosisเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย _____ วันที่เกิดเหตุ/Date of loss _____ เวลาเกิดเหตุ/Time _____

จำนวนเงินที่เรียกร้องค่าสินไหมจำนวนเงิน _____ บาท โฉรขอให้ส่งจ่ายเป็น _____

เช็ค/Cheque

โฉนดเข้าบัญชีออมทรัพย์ (saving only) ธนาคาร/Bank name _____ สาขา/Branch _____

ชื่อบัญชี/Account name _____ เลขที่บัญชี/Account No. _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมไม่เพิกถอน สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย ออศกร สถานอื่น หรือบุคคลใด
 ที่มีการบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วย หรือประวัติทางการแพทย์หรือที่พ่่าเจ้า เมิ่และชื่อแจ้งถึงกรมตักชีวิต สถานจัดประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย
 ดังนี้ ส่วนภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้และสมบูรณ์ตั้งแต่วันที่ลงนาม

(ประทับลายเซ็น)

ลายมือชื่อ/Signature _____ ผู้กระทำการแทนผู้เอาประกันภัย
 (_____)

วันที่/Date _____ เบอร์โทร/Tel _____

ความยินยอม _____

หมายเหตุ กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาบัตรที่ราชการออกให้ มาด้วย/ Please copy your identification or passport.

ส่วนรับ แพทย์ผู้ตรวจรักษา

วันที่ _____ เวลา _____ น.

ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา _____

การวินิจฉัยโรคมีความเห็นว่า _____

ลงชื่อ _____ แพทย์ผู้ตรวจรักษา
 (_____)

(ประทับลายเซ็น) _____ ในโรงพยาบาล/ที่ _____ วันที่ลงความเห็น _____

16082016 แบบฟอร์มนี้สามารถถ่ายเอกสารได้

www.siamcityinsurance.com