



คู่มือการให้บริการ : ประกันอุบัติเหตุ

หน่วยงานที่ให้บริการ : แผนกกิจการนักศึกษา

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข (ถ้ามี) ในการยื่นคำขอ และในการพิจารณาอนุญาต

การจัดทำประกันอุบัติเหตุกลุ่มแก่นักศึกษา จัดเป็นสวัสดิการอีกหนึ่งอย่างที่คุ้มครองนักศึกษาในกรณีเกิดอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อยหรือร้ายแรง 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	-ประชาสัมพันธ์การจัดทำประกันอุบัติเหตุแก่นักศึกษา -จัดทำเอกสารรายละเอียดสิทธิประโยชน์และการเบิกจ่ายแก่นักศึกษา	2 วัน	-แผนกกิจการนักศึกษา -แผนกประชาสัมพันธ์
2	-นักศึกษาและบุคลากรเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนให้แจ้งแผนกกิจการนักศึกษา -ยื่นคำร้องเพื่อขอรับเงินคืนจากบริษัทประกันกรณีมีการสำรองจ่ายมีหลักฐานการจ่ายเงินสำรองแนบมาด้วย -ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสาร -แผนกกิจการศึกษานำหลักฐานนำส่งยังกองพัฒนานักศึกษาเพื่อขอรับค่าสินไหมทดแทน -บันทึกหลักฐานขอเบิก – จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทน	1 ชม.	-แผนกกิจการนักศึกษา
3	สรุปและประเมินผลการให้บริการ	2 ชม.	-แผนกกิจการนักศึกษา

รายการเอกสาร หลักฐานประกอบ

ลำดับ	ชื่อเอกสาร จำนวน และรายละเอียดเพิ่มเติม (ถ้ามี)	หน่วยงานผู้ออกเอกสาร
1.	แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน	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.	แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ภาคผนวก แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน / CLAIMS FORM



ชื่อและที่อยู่ของนายจ้าง _____ อายุ _____ ปี _____ (ขอเว้นว่างไว้สำหรับนายจ้างที่ไม่ใช่บริษัท)
 Employer Name _____ Age _____ Years _____ If Card No. / Passport No. _____

ที่อยู่ปัจจุบัน _____ โทรศัพท์ _____
 Current Address _____ Telephone No. _____

รายละเอียด (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน) For Accident, please fill all the details.

หมดสภาพจาก (Disability Expense)
 เสียชีวิต (Death)
 สูญเสียอวัยวะ (Loss organ / Blind)
 ทุพพลภาพ (PIP)

วันที่เกิดเหตุ _____ เวลาเกิดเหตุ _____ สถานที่เกิดเหตุ _____
 Date of Accident _____ Time of Accident _____ Place of Accident _____

สาเหตุการเกิดเหตุที่แท้จริง (กรุณาระบุให้ละเอียด)
 Cause of Accident (Please specify) _____

ชื่อและนามสกุลของนายจ้าง _____ ผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต
 วันที่เกิดเหตุ _____
 วันที่จ่ายค่าสินไหม _____
 Employer Name _____ Employee _____ Date of Accident _____ Discharge Date _____

วิธีการชำระเงิน / Reimbursement Payment Method

กรุณาชำระเงินค่าสินไหมทดแทนโดยทางบัญชี (ขอเว้นกรณี ธนาคารพาณิชย์, บัญชีออมทรัพย์, ธนาคารออมสิน) / I would like to have payment by direct debit (saving account only except SBK, TSB, CIMBANK, SACC)

ธนาคาร _____ สาขา _____ เลขบัญชี _____ บัญชี _____
 Bank Name _____ Branch _____ Bank account no. _____ Account Name _____

* กรุณาแนบสำเนาบัญชีเงินฝาก (ถ้ามี) กรุณาแนบสำเนาใบเสร็จรับเงิน / Please submit copy of Bank passbook request by you.

ให้ความยินยอมเปิดเผยข้อมูล / CONSENT TO DISCLOSE INFORMATION
 ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนให้แก่บริษัทประกันภัยและ/หรือบริษัทประกันภัยอื่น ๆ เพื่อใช้ในการประเมินค่าสินไหมทดแทนและ/หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน / I hereby consent to disclose my personal information to the insurer and/or other insurers to be used for the purpose of assessing the claim and/or for the purpose of legal proceedings related to the claim.

ลงชื่อผู้ทำเรื่องร้องเรียนและผู้ได้รับบาดเจ็บ/พยาน / Signature of claimant and witness
 วันที่ _____
 Date _____

กรุณาตรวจสอบว่าท่านได้ดำเนินการตามข้อควรระวังต่อไปนี้ / Please check if you have done the following before submission:

<p>การยื่นเรื่องก่อนการเกิดเหตุ / Before the accident:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แจ้งนายจ้างทราบทันที 2. รักษาความปลอดภัยของสถานที่เกิดเหตุ และอย่าเคลื่อนย้ายทรัพย์สินหรือยานพาหนะจนกว่าจะได้รับการอนุญาตจากพนักงานสอบสวน 3. แจ้งตำรวจทราบทันที 4. แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล 5. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ <p>การยื่นเรื่องหลังการเกิดเหตุ / After the accident:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) 2. รักษาใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 3. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 4. แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล 5. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 6. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 7. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 8. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 9. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 10. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 11. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 	<p>การยื่นเรื่องก่อนการเกิดเหตุ / Before the accident:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แจ้งนายจ้างทราบทันที 2. รักษาความปลอดภัยของสถานที่เกิดเหตุ และอย่าเคลื่อนย้ายทรัพย์สินหรือยานพาหนะจนกว่าจะได้รับการอนุญาตจากพนักงานสอบสวน 3. แจ้งตำรวจทราบทันที 4. แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล 5. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ <p>การยื่นเรื่องหลังการเกิดเหตุ / After the accident:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) 2. รักษาใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 3. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 4. แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล 5. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 6. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 7. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 8. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 9. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 10. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ 11. รักษาใบเสร็จรับเงิน (ใบแจ้งหนี้) และใบรับรองแพทย์ที่ได้รับ
--	--

กรุณาส่งเอกสารนี้พร้อมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง / Please send this completed claim form to:

บริษัทประกันภัย จำกัด (มหาชน) บริษัทประกันภัยพลังงานและปิโตรเลียม จำกัด (มหาชน)
 บริษัทประกันภัย จำกัด (มหาชน) บริษัทประกันภัยพลังงานและปิโตรเลียม จำกัด (มหาชน)
 โทร. 02-046-0271 โทรสาร. 02-046-0272 โทรสาร. 02-046-0273 โทรสาร. 02-046-0274

LNG Insurance Public Company Limited, 18th Floor, 188 F, Jemsar City Building
 254 Sukhumvit 21, Sukhumvit 21, Nongkrook, Bangkok 10110
 TEL: 02-046-0271 FAX: 02-046-0272 02-046-0273 FAX: 02-046-0274

*** บริษัทประกันภัยพลังงานและปิโตรเลียม จำกัด (มหาชน) ขอสงวนสิทธิ์ในข้อมูลนี้ ***

REF.NO. 2022-05-0348

ឯកសារសម្រាប់ក្រុមហ៊ុន

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន: ក្រុមហ៊ុនស៊ីម៉ង់ត៍ស្រីសុខាភិបាលកម្ពុជា ភីអិល ធីស៊ី ធីស៊ី (ភីអិល)

អាសយដ្ឋាន: ផ្ទះលេខ៧៧ ផ្លូវលេខ១៧ ភូមិស្រីសុខាភិបាល ខណ្ឌស្រីសុខាភិបាល រាជធានីភ្នំពេញ
 អាសយដ្ឋានស្នាក់នៅ: ផ្ទះលេខ៧៧ ផ្លូវលេខ១៧ ភូមិស្រីសុខាភិបាល ខណ្ឌស្រីសុខាភិបាល រាជធានីភ្នំពេញ

ក្រុមហ៊ុន: ភីអិល ធីស៊ី ធីស៊ី

ទំហំធានា: ៧៥០០ គ.រ

កាលបរិច្ឆេទ: ២០២២-០៥-០៣

តម្លៃ: ៤.៤០០.០០០ ដុល្លារអាមេរិក ៤.៤០០.០០០ ដុល្លារអាមេរិក

កាលបរិច្ឆេទ: ២០២២-០៥-០៣

សំណុំធានា: ២៤ ប្រាក់បញ្ញើ

កាលបរិច្ឆេទ: ២៤ ប្រាក់បញ្ញើ

កាលបរិច្ឆេទ: ២៤ ប្រាក់បញ្ញើ

កាលបរិច្ឆេទ: ២៤ ប្រាក់បញ្ញើ

កាលបរិច្ឆេទ: ២៤ ប្រាក់បញ្ញើ


កាលបរិច្ឆេទ: ២៤ ប្រាក់បញ្ញើ

លេខ ៧ ផ្លូវលេខ១៧ ភូមិស្រីសុខាភិបាល រាជធានីភ្នំពេញ



(Mook Keleat)
 Director





(Scott Leonard Kason)
 Authorized Signature