



ขั้นตอนการให้บริการ : การเคลมประกันให้กับนักศึกษา

หน่วยงานที่ให้บริการ : แผนกบริการและสวัสดิการ งานบริการการศึกษา

สำนักงานวิทยาเขตนครศรีธรรมราช พื้นที่สไลใหญ่

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

การจัดให้มีบริการประกันอุบัติเหตุกับนักศึกษาประจำปี การประสานในการจัดทำประกันกับบริษัท การดำเนินงานและประสานกับบริษัทประกันภัยที่ให้ความคุ้มครอง และสิทธิประโยชน์ เรื่องค่ารักษาพยาบาล ในส่วนของการประกันอุบัติเหตุให้กับนักศึกษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้นักศึกษาให้ความสำคัญประกันอุบัติเหตุของตนเอง
2. เพื่อให้นักศึกษาได้รับความคุ้มครองประกันอุบัติเหตุของตนเอง

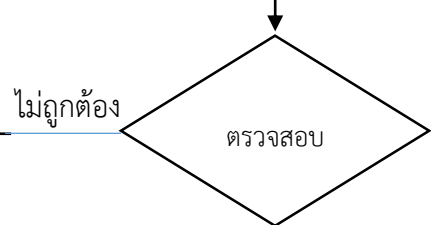
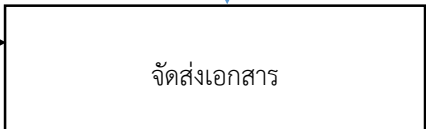
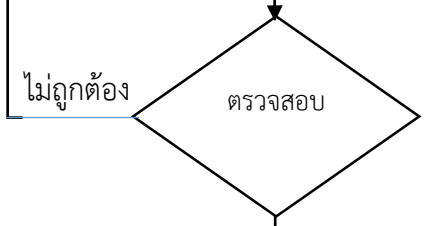
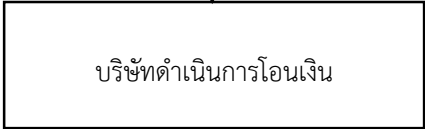
เป้าหมาย

- 1.เชิงปริมาณ
 - 1.1 นักศึกษาไม่ต่ำกว่า 80% มีความคุ้มครองประกันอุบัติเหตุตลอดภาคการศึกษา
- 2.เชิงคุณภาพ
 - 2.2 นักศึกษาให้ความสำคัญประกันอุบัติเหตุของตนเอง
 - 2.3 นักศึกษาได้รับความคุ้มครองประกันอุบัติเหตุของตนเอง

กลุ่มเป้าหมาย

นักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

ขั้นตอนการเคลมประกันให้กับนักศึกษา

ที่	ผังกระบวนการ/กระบวนการ	รายละเอียดงาน	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1.		- นักศึกษารอกรายละเอียด ข้อมูลการเรียกร้องค่าสินไหม ทดแทน/พร้อมหลักฐาน	5 นาที	นักศึกษา
2.		- ตรวจสอบรายชื่อนักศึกษาที่ ได้รับความคุ้มครอง - ตรวจสอบความถูกต้องของ เอกสารหลักฐาน	6 นาที	นางสาวฐิติรัตน์ เกื้อมา เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป
3.		- รวบรวมเอกสารการเรียกร้อง ค่าสินไหมทดแทน พร้อม หลักฐาน ส่งบริษัทประกันภัย	1 วัน	นางสาวฐิติรัตน์ เกื้อมา เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป
4.		- บริษัทตรวจสอบรายชื่อนักศึกษาที่ได้รับความคุ้มครอง - บริษัทตรวจสอบความถูกต้อง ของเอกสารหลักฐาน	10-15 วัน	บริษัทประกันภัย
5.		- บริษัทโอนเงินค่าสินไหม ทดแทนให้นักศึกษา	5-10 วัน	บริษัทประกันภัย
6.		- นักศึกษารับค่าสินไหมทดแทน	5 วัน	นางสาวฐิติรัตน์ เกื้อมา เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

นางสาวฐิติรัตน์ เกื้อมา

30/4/2563

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน สำหรับนักศึกษา

Siam City
INSURANCE

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

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (SCIL FORM)

44/1 อาคารรุ่งโรจน์ถนอม ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก แขวงหน้าซวน แขวงหน้าซวน กรุงเทพมหานคร 10310 โทร +66 2202 9500 โทรสาร +66 2202 9555 โทรสารแฟกซ์ 01075550000
จตุจักร โทร (02) 290-290-4 โทรสาร (02) 224-345 (02) 224-565-7 โทรสาร (02) 248-365-6 โทรสาร (02) 716-059-6 โทรสาร (02) 995-318-8 โทรสาร (02) 381-381-4
สุพรรณบุรี โทร (045) 290-401-2 (045) 311-635-36 โทรสาร (042) 223-431 (042) 212-050-001 โทรสาร (077) 219-806-0 โทรสาร (076) 232-600-1 โทรสาร (074) 343-900-1

☐ ค่ารักษาพยาบาล (อุบัติเหตุ) ☐ อื่นๆ ☐ เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ☐ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นกรณีพิเศษ

สำหรับ นักเรียน/นักศึกษา/Students

ชื่อ-นามสกุลของผู้เอาประกันภัย..... หมายเลขบัตรประชาชน.....
Insured's name..... ID/Passport.....
เบอร์โทรศัพท์/Telephone number.....
ชื่อสถานศึกษา/School..... วันที่เกิดเหตุ/Date of loss..... เวลาเกิดเหตุ/Time.....
การวินิจฉัยโรค/Diagnosis/ลักษณะการเกิดเหตุ.....
ข้าพเจ้าประสงค์จะรับค่าสินไหมจำนวนเงิน.....บาท

สำหรับ บุคคลทั่วไป/Personal

ชื่อ-นามสกุลของผู้เอาประกันภัย..... หมายเลขบัตรประชาชน..... อายุ..... ปี
Insured's name..... ID/Passport..... Age..... year
เบอร์โทรศัพท์/Telephone number..... E-mail.....
การวินิจฉัยโรค/Diagnosis/ลักษณะการเกิดเหตุ..... วันที่เกิดเหตุ/Date of loss..... เวลาเกิดเหตุ/Time.....
ข้าพเจ้าประสงค์จะรับค่าสินไหมจำนวนเงิน.....บาท โดยขอให้ส่งจ่ายเป็น
☐ เช็ค/Cheque
☐ โฉนดเข้าบัญชีออมทรัพย์(saving only) ธนาคาร/Bank name..... สาขา/Branch.....
ชื่อบัญชี/Account name..... เลขที่บัญชี/Account No.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมที่จะปฏิบัติตามเงื่อนไขการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมด ซึ่งสามารถตรวจสอบได้โดยไม่มีข้อสงสัยและสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลายมือชื่อ/Signature..... ผู้กระทำการแทนผู้เอาประกัน
(.....)
วันที่/Date..... เบอร์โทร/Tel.....
ความถี่.....

หมายเหตุ กรุณาติดสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนราษฎรออกให้ มาด้วย/ Please copy your Identification or passport.

สำหรับ แพทย์ผู้ตรวจรักษา

ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา.....
การวินิจฉัยโรคมีความเห็นว่า.....
ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจรักษา
(.....)
(ประทับตราสถานพยาบาล) ใบประกอบวิชาชีพเลขที่..... วันที่ลงความเห็น.....