

ข้อมูลการใช้ประกันอุบัติเหตุของนักเรียนโรงเรียนภูเก็ตวิทยาลัย ประจำปีการศึกษา 2566

ประกันอุบัติเหตุกลุ่มของนักเรียน โรงเรียนภูเก็ตวิทยาลัย ประจำปีการศึกษา 2566 สำหรับนักเรียนทุกระดับชั้นที่ประสงค์ทำประกันอุบัติเหตุ (ตามความสมัครใจ) สามารถเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ได้โดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล และเพื่อให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด โรงเรียนจึงประกาศให้ทราบ ดังนี้

1. กรณีเกิดอุบัติเหตุ

- 1.1 สามารถแสดงบัตรประชาชนของนักเรียน และแจ้งโรงพยาบาลว่า มีประกันอุบัติเหตุของบริษัท ทั่วประเทศประกันภัย หรือแสดงบัตรประกันอุบัติเหตุ เพื่อเข้ารับการรักษาโดยไม่ต้องสำรองจ่ายที่โรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ
- 1.2 เข้ารับการรักษาพยาบาลในวงเงิน 10,000 บาท ต่ออุบัติเหตุหนึ่งครั้ง
- 1.3 **กรณีไม่มีบัตรประชาชนหรือบัตรประกันอุบัติเหตุ** สามารถสำรองจ่ายก่อน แล้วนำเอกสารมาเบิกย้อนหลังได้ โดยส่งเอกสารตามที่แจ้งในข้อ 2 ที่ห้องพยาบาลโรงเรียนภูเก็ตวิทยาลัย
- 1.4 **กรณีเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐ** สามารถสำรองจ่ายก่อน แล้วนำเอกสารมาเบิกย้อนหลังได้ โดยส่งเอกสารตามที่แจ้งในข้อ 2 ที่ห้องพยาบาลโรงเรียนภูเก็ตวิทยาลัย
- 1.5 การคุ้มครองอุบัติเหตุของนักเรียน เริ่มต้นในวันที่ 15 พฤษภาคม 2566 และสิ้นสุดในวันที่ 15 พฤษภาคม 2567 กรณียังไม่ได้รับบัตรประกันอุบัติเหตุ สามารถสำรองจ่ายก่อน แล้วนำเอกสารมาเบิกย้อนหลังได้ โดยส่งเอกสารตามที่แจ้งในข้อ 2 ที่ห้องพยาบาลโรงเรียนภูเก็ตวิทยาลัย

2. กรณีสำรองจ่ายไปแล้ว สามารถเบิกย้อนหลังได้ โดยต้องเตรียมเอกสาร ดังนี้

- 2.1 แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน
สามารถดาวน์โหลดได้ที่ bit.ly/3pqvAfL หรือสแกน QR Code
หรือรับแบบฟอร์มที่ห้องพยาบาลโรงเรียน
- 2.2 ใบรับรองแพทย์ **ฉบับจริง** ที่ระบุข้อมูลการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจน
 - ระบุสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ
 - ระบุวันเดือนปีที่เกิดอุบัติเหตุ
 - ระบุการวินิจฉัยหรือการรักษาของแพทย์
- 2.3 ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่าย **ฉบับจริง**
- 2.4 สำเนาบัตรประชาชนของนักเรียน ลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
- 2.5 สำเนาหน้าบัญชีธนาคารของนักเรียน ลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง



- กรณีใช้สำเนาหน้าบัญชีธนาคารของผู้ปกครอง ให้แนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครองและสำเนาทะเบียนบ้านของนักเรียน ลงชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง (ชื่อหน้าบัญชีธนาคารและชื่อในบัตรประชาชนต้องเป็นคนเดียวกัน)

หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติม ติดต่อตัวแทนประกันอุบัติเหตุ โทร 083-8000254 (คุณวินัย)

รายละเอียดการคุ้มครอง ประกันอุบัติเหตุนักเรียน บริษัทเทเวศประกันภัย

1. ผลประโยชน์การเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง อันมีสาเหตุมาจาก
 - 1.1 อุบัติเหตุทั่วไป คุ้มครอง 100,000 บาท
 - 1.2 การถูกฆาตกรรม หรือถูกทำร้ายร่างกาย คุ้มครอง 100,000 บาท
 - 1.3 อุบัติเหตุขณะขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ คุ้มครอง 100,000 บาท
2. ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง ไม่เกิน 10,000 บาท
3. เบี้ยประกันภัย 360 บาท/คน/ปี

**หากนักเรียนมีความประสงค์จะสมัครประกันอุบัติเหตุกลุ่ม (ตามความสมัครใจ) ให้ ชำระเงิน
ค่าเบี้ยประกันเป็นเงินสดจำนวน 360 บาทที่ครูที่ปรึกษา ในวันที่ 15 พฤษภาคม 2566 ในเวลาทำการ**



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
 แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200
 โทร : 0 2670 4444 โทรสาร : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 บริษัทของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
 97, 99 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang Road,
 Borwornnives, Phranakorn, Bangkok 10200
 Tel. : 0 2670 4444 Fax : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 AN INSURANCE COMPANY OWNED BY THE CROWN PROPERTY BUREAU

F-NC-028

ทะเบียนเลขที่ 0107537002478

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 10 1 01718 2

หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

วันที่.....

กรมธรรม์เลขที่.....

* สำหรับผู้เอาประกันภัย / ผู้รับผลประโยชน์

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) เลขที่บัตรประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง.....

อาชีพ..... สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่ หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อ ได้บ้านเลขที่ หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail : (ระบุชัดเจนเพื่อการแจ้งข้อมูล ผ่านระบบ SMS)

เอกสารที่แนบมาด้วย

กรณีผลประโยชน์การรักษาพยาบาล

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
2. ใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย (ต้นฉบับ)
3. ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้เอาประกันภัย
5. สำเนาทะเบียนบ้านประจำวันสำรวจ (ถ้ามี)
6. สำเนากรมธรรม์
7. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย (ใช้สำหรับการโอนเงิน)

ชื่อธนาคาร..... สาขา.....

ต้องการใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลส่วนเงินไปเบิกที่อื่นต่อ(โปรดทำเครื่องหมาย /)

เลขที่บัญชี - - -

ประเภทบัญชี : ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

กรณีสูญเสียอวัยวะ สายตา

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
2. ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการสูญพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ สายตา
3. รูปถ่ายอวัยวะที่สูญเสีย
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้าน ของผู้เอาประกันภัย
5. สำเนาทะเบียนบ้านประจำวันสำรวจ (ถ้ามี)
6. สำเนากกรมธรรม์
7. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย(ใช้สำหรับการ โอนเงิน)

กรณีเสียชีวิต

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
2. สำเนารายงานผ่าชันสูตรพลิกศพ
3. หนังสือรับรองการเสียชีวิต
4. ใบมรณบัตร
5. สำเนาทะเบียนบ้านประจำวันสำรวจ
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน(ประทับตาย)
7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบันหรือบุคคลอื่นใด ที่มีบันทึกข้อมูล การเจ็บป่วย หรือประวัติการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัทฯหรือผู้แทนของบริษัทฯได้ เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามิผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....) ตัวบรรจง

(.....) ตัวบรรจง

ความสัมพันธ์.....

วันที่.....

** สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

ตรวจรับเอกสารโดย (นาย / นาง / นางสาว) บริษัท.....

โทร..... โทรสาร..... E-mail :

*** ติดต่อ/จัดส่งเอกสารมายัง

บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายสินไหมทั่วไป อาคาร 2 ชั้น 4 ที่อยู่ 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

ติดต่อสอบถามได้ที่ : 0-2670-4444 เบอร์ติดต่อ 6417, 6419, และ 6422 กรณีเสียชีวิต (แจ้งทันที)

*** โปรดกรอกข้อมูลตัวบรรจง เพื่อประโยชน์ของท่าน ***