

แบบแจ้งความประสงค์ในการทำประกันสุขภาพ(กลุ่ม) และอุบัติเหตุ ประจำปีงบประมาณ 2562

การทำประกันสุขภาพ(กลุ่ม) และอุบัติเหตุให้กับผู้ปฏิบัติงานเป็นปีที่ 3 โดยคณะกรรมการสวัสดิการคณะวิทยาศาสตร์ได้ประชุมเมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 มีมติเลือกบริษัทประกันคือ บริษัทไทยสมุทรประกันชีวิต หากผู้ปฏิบัติงานประสงค์จะทำประกัน คณะฯ ยินดีชำระค่าเบี้ยประกันแผน 1 ให้ 100 % (มูลค่า 3,116 บาท) ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานที่ประสงค์จะทำประกันที่มีความคุ้มครองมากขึ้นท่านสามารถเลือกทำได้ โดยคณะฯ จะสำรองเงินค่าเบี้ยประกันให้ล่วงหน้าและหักเงินส่วนต่าง (ส่วนที่เกินจากแผน 1) จากเงินเดือนคินกองทุนสวัสดิการจำนวน 3 งวด (สามารถอ่านรายละเอียดแผนประกันแผนต่างๆ ได้)

ท่านที่ประสงค์จะทำประกันสวัสดิการสุขภาพและอุบัติเหตุ โปรดทำเครื่องหมายและกรอกข้อมูลตามฟอร์มข้างล่าง และคณะวิทยาศาสตร์ถือว่าท่านรับทราบเงื่อนไขการทำประกัน และยินยอมให้คณะวิทยาศาสตร์หักส่วนต่างจากเงินเดือนของท่าน (ถ้ามี) ส่งคืนงานบริหารและธุรการ **ภายในวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2562** เพื่อดำเนินการประสานงานทำประกันต่อไป

ข้าพเจ้า ชื่อ-นามสกุล: _____

ภาควิชา / งาน / ศูนย์: _____

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะทำประกันสวัสดิการสุขภาพและอุบัติเหตุ โดยให้คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นผู้ดำเนินการ โดยข้าพเจ้าประสงค์จะทำประกันตามแผนต่อไปนี้

ประกันสวัสดิการสุขภาพและอุบัติเหตุสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

- แผน 1 แผน 2 แผน 3 แผน 4

และข้าพเจ้ายินดีชำระค่าเบี้ยประกันส่วนที่เกินมาจากแผน 1 โดยการ หักเงินเดือน 3 ครั้ง หรือ ชำระเข้าบัญชีบริษัทด้วยตนเอง

โปรดกรอกข้อมูลในส่วนนี้ หากท่านประสงค์จะทำประกันสุขภาพและอุบัติเหตุให้แก่คู่สมรสและบุตร ท่านต้องชำระค่าเบี้ยประกันด้วยตนเอง (โดยจ่ายให้แก่บริษัทโดยตรง) และโปรดแจ้งข้อมูลของบุคคลที่ท่านประสงค์จะทำประกันมาที่งานบริหารและธุรการ เพื่อประกอบการดำเนินการด้วย ทั้งนี้ แผนประกันที่เลือกเพิ่มให้คู่สมรสและบุตร ต้องไม่สูงกว่าแผนของผู้ปฏิบัติงาน)			
<input type="checkbox"/> คู่สมรส (อายุ 15-65 ปี)	แผน _____	ชื่อ-สกุล _____	เลขบัตรประชาชน _____
<input type="checkbox"/> บุตร / ธิดา จำนวน _____	แผน _____	ชื่อ-สกุล _____	เลขบัตรประชาชน _____
(บุตร / ธิดา ต้องมีอายุตั้งแต่ 14 วันขึ้นไป		ชื่อ-สกุล _____	เลขบัตรประชาชน _____
จนถึง 23 ปี ยังศึกษาอยู่ และ ยังไม่ได้สมรส)		ชื่อ-สกุล _____	เลขบัตรประชาชน _____

ข้าพเจ้า

- ได้อ่านและเข้าใจข้อความและสาระสำคัญของเอกสารนี้โดยตลอดแล้ว ตรงกับเจตนาของข้าพเจ้าทุก-ประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

หรือ

- ไม่ประสงค์จะทำประกันสุขภาพและอุบัติเหตุ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่ / /

ความคุ้มครองแต่ละแผน

	ผู้ปฏิบัติงาน				คู่สมรส และ บุตร			
	1	2	3	4	5	6	7	8
ประกันอุบัติเหตุ								
ชีวิต	10,000	10,000	10,000	10,000	-	-	-	-
ทุพพลภาพ	10,000	10,000	10,000	10,000	-	-	-	-
สุขภาพผู้ป่วยใน								
ค่าห้อง-อาหาร (30 วัน)	1,200	1,500	2,000	3,000	1,200	1,500	2,000	3,000
ICU (7 วัน)	2,400	3,000	4,000	6,000	2,400	3,000	4,000	6,000
ค่าบริการโรงพยาบาล	12,000	15,000	20,000	20,000	12,000	15,000	20,000	20,000
ค่าแพทย์ผ่าตัด (ตามจริง)	12,000	15,000	20,000	30,000	12,000	15,000	20,000	30,000
ค่าแพทย์เยี่ยม (30 วัน)	800	800	1,000	1,000	800	800	1,000	1,000
ค่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	1,200	1,500	2,000	3,000	1,200	1,500	2,000	3,000
อุบัติเหตุฉุกเฉิน (ภายใน 24 ชั่วโมง)	2,400	3,000	4,000	4,000	2,400	3,000	4,000	4,000
ค่าชดเชยรายวัน กรณีไม่ใช่สิทธิ์ผู้ป่วยใน (สูงสุด 30 วัน)	1,200	1,500	2,000	3,000	1,200	1,500	2,000	3,000
ผลประโยชน์คุ้มครองสูงสุดต่อการเจ็บป่วย 1 ครั้ง	-	-	-	100,000	-	-	-	100,000-
สุขภาพผู้ป่วยนอก								
OPD ครั้งละ (1 ครั้ง/วัน, สูงสุดไม่เกิน 31 ครั้ง/ปี)	700	800	1,200	2,000	700	800	1,200	2,000
เบี้ยประกันต่อปี	3,116	4,127	5,373	7,354	3,040	4,051	5,297	7,278

แผนประกันสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

แผน	เบี้ยประกัน	ส่วนต่างที่ต้องจ่ายเพิ่ม	แบ่งชำระโดยหักจากเงินเดือน 3 ครั้ง		
1	3,116	แผน 1 คณะวิทยาศาสตร์ โดยกองทุนสวัสดิการชำระแทน 100 %			
2	4,127	1,011	337	337	337
3	5,373	2,257	752	752	753
4	7,354	4,238	1413	1413	1412