



ที่ 56003/ว 2

Office of Educational Affairs
Royal Thai Embassy
1906 23rd St NW
Washington, DC 20008


28 มิถุนายน 2560

เรื่อง การจัดทำประกันสุขภาพให้แก่นักเรียนทุนรัฐบาล ประจำปีการศึกษา 2017 – 2018 กรณีสถานศึกษา บังคับให้ทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา หรือสถานศึกษาขอยกเว้นการบังคับทำประกันสุขภาพผ่าน สถานศึกษาหากนักเรียนมีประกันสุขภาพ

เรียน นักเรียนทุนรัฐบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบ Personal Representative Appointment

ด้วยสำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา (สนร.) พิจารณาแล้วเห็นว่า การจัดให้นักเรียนทุน รัฐบาล (นทร.) ทำประกันสุขภาพ โดย สนร. ดำเนินการจัดหาบริษัทผู้ให้บริการและแผนประกันสุขภาพ ที่มี มาตรฐาน จะเอื้อประโยชน์ให้ นทร. ได้รับความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์สูงกว่าหรือเทียบเท่ากับ แผนประกันสุขภาพของสถานศึกษา ดังนั้น สนร. จึงกำหนดให้ นทร. ที่อยู่ในความดูแลทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหา

โดยที่ท่านได้ศึกษาในสถานศึกษาที่กำหนดให้นักเรียนต่างชาติทำประกันสุขภาพกับสถานศึกษา (Insurance Mandate) ดังนั้น สนร. จึงยกเว้นการทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหา โดยให้ท่านทำประกัน สุขภาพกับบริษัทประกันสุขภาพที่สถานศึกษาจัดหาได้ และท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อสถานศึกษา  ที่บังคับการทำประกันสุขภาพได้ที่ <http://oeadc.org/OEAServices/healthinsurance/Insurance 20172018/MandateHardWaiverList> ทั้งนี้ ในการทำประกันสุขภาพกับสถานศึกษา ขอให้ท่านเลือก แผนประกันสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายการประกันสุขภาพน้อยที่สุด เพื่อมิให้เกิดความลักลั่นในระหว่าง นทร. ที่ศึกษาต่าง สถานศึกษากัน โดย สนร. จะจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพให้ท่านตามจำนวนที่จ่ายจริง และท่านจะต้องดำเนินการดังนี้

1. กรอกแบบ Personal Representative Appointment (สิ่งที่ส่งมาด้วย) ให้ครบถ้วนและ นำส่งไปยัง สนร. ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2560 ทางไปรษณีย์เท่านั้น เพื่อ สนร. จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการ พิจารณาจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพให้แก่สถานศึกษาของท่าน

2. นำส่งรายละเอียดแผนประกันสุขภาพที่สถานศึกษาจัดหา ค่าเบี้ยประกัน รวมทั้งระยะเวลา คุ้มครอง ไปยัง สนร. ทางไปรษณีย์ โทรสาร หรืออีเมล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2560

กรณีที่ท่านได้ศึกษาในสถานศึกษาที่บังคับให้นักเรียนต่างชาติทุกรายทำประกันสุขภาพผ่าน สถานศึกษา แต่บางสถานศึกษาอาจพิจารณาขอยกเว้นการบังคับทำประกันสุขภาพให้แก่นักเรียนที่มีประกันสุขภาพครอบคลุม ค่ารักษาพยาบาลเทียบเท่าหรือสูงกว่าของสถานศึกษา (Insurance Hard Waiver) และท่านประสงค์จะทำประกันสุขภาพ

กับบริษัทที่ สนร. จัดหา ขอให้ท่านตรวจสอบกับสถานศึกษาของท่านก่อนว่า สถานศึกษายอมรับแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหาหรือไม่ รายละเอียดแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหา ปรากฏในเว็บไซต์ สนร. ที่ <http://oeadc.org/OEAServices/healthinsurance/Insurance20172018>



หากสถานศึกษายอมรับแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหา ขอให้ท่านกรอกแบบคำขอทำประกันสุขภาพ ปีการศึกษา 2017 – 2018 โดยดาวน์โหลดแบบได้ที่ <http://oeadc.org/Download> และจัดส่งไปยัง สนร. ทางไปรษณีย์ โทรสาร หรืออีเมล ภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2560



ทั้งนี้ ท่านจะต้องเร่งดำเนินการขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษาที่ท่านกำลังศึกษา อยู่ภายในเวลาที่สถานศึกษากำหนด หากท่านละเลยไม่ดำเนินการดังกล่าว และมีกรณีสถานศึกษาเรียกเก็บเงิน ค่าเบี้ยประกันสุขภาพไปยัง สนร. ท่านต้องรับผิดชอบจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่เข้าช้อนแก่สถานศึกษาเอง ทั้งนี้ หากสถานศึกษากำหนดให้ นทร. ผู้ขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพส่งเอกสารรับรองการมีประกันสุขภาพที่ระบุ วันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดความคุ้มครอง (Proof of Coverage) ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อออกเอกสารรับรองดังกล่าวให้ ท่านต่อไป

กรณีที่ท่านประสงค์จะทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหาภายหลังครบตามระยะเวลาที่ได้รับทุนรัฐบาลตามโครงการทุนแล้ว และสถานศึกษายอมรับแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหา ขอให้จัดส่งเอกสารดังต่อไปนี้ทางไปรษณีย์เท่านั้นไปยัง สนร. ภายในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2561

1. แบบคำขอทำประกันสุขภาพ ปีการศึกษา 2017 – 2018 (ดาวน์โหลดได้ที่ <http://oeadc.org/Download>)



2. เช็คสั่งจ่าย AETNA จำนวน \$792.00 สำหรับความคุ้มครองเป็นระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2561 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2561 (การทำประกันสุขภาพมีกำหนดระยะเวลาขั้นต่ำ 6 เดือน)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ หากมีข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องประการใด ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อขอทราบรายละเอียดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

นางนิพัทธา บรรจงลิขิตสาร

(นางนิพัทธา บรรจงลิขิตสาร)

อัครราชทูต (ฝ่ายการศึกษา)

ประจำสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงวอชิงตัน

สำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา

โทร. 202.667.8010

โทรสาร 202.265.7239

อีเมล saraban@oeadc.org

Personal Representative Appointment

I, _____,
First name
Last name

do hereby appoint Office of Educational Affairs, Royal Thai Embassy as my personal representative to act on my behalf in the matters of health insurance with _____.
Your insurance company's name *

I understand that this is a voluntary designation and that this designation gives the personal representative the same rights to my health insurance information as myself. This appointment will expire at the end of 2017/2018 policy year. **(Please provide the following information.)**

INSURED INFORMATION	PERSONAL REPRESENTATIVE INFORMATION <small>(Necessary for Identity Verification)</small>
<p style="text-align: center;">Insured's Name</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Your full name</p>	<p style="text-align: center;">Personal Representative's Name</p> <p style="text-align: center;">Nipatta Bunjonglikitsarn Minister (Education)</p>
<p style="text-align: center;">Insured's Policy Number ** or ID Number</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Your insurance policy number</p>	<p style="text-align: center;">Personal Representative's Address</p> <p style="text-align: center;">Royal Thai Embassy Office of Educational Affairs 1906 23rd Street N.W. Washington, D.C. 20008</p>
<p style="text-align: center;">Insured's Address</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Your full street address</p>	<p style="font-size: large;">This box intentionally left blank</p>
<p style="text-align: center;">Date</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Today's date</p>	<p style="text-align: center;">Insured's Signature</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Your Signature</p>

If enrolled through the Office of Educational Affairs, Royal Thai Embassy, please state your insurance company's name as * **Aetna Life and Casualty (Bermuda), Ltd.**, and your insured's policy number as ** **299959**
