



Office of Educational Affairs
 Royal Thai Embassy
 1906 23rd St., NW, Washington, D.C. 20008
 Tel 202.667.8010 Fax 202.265.7239
 www.oeadc.org saraban@oeadc.org

ที่ 56003/ ว.2

15 มิ.ย. 2559

เรื่อง การจัดทำประกันสุขภาพให้แก่นักเรียนทุนรัฐบาล ประจำปีการศึกษา 2016 - 2017

เรียน นักเรียนทุนรัฐบาลและข้าราชการลาศึกษา ที่สถานศึกษาบังคับให้ต้องทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา (Insurance Mandate) หรือ ที่สถานศึกษาอาจพิจารณาขออนุญาตเว้นการบังคับทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา กรณีนักเรียนมีประกันสุขภาพที่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลเท่าเทียมหรือสูงกว่าของสถานศึกษา (Insurance Hard Waiver)

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบ Personal Representative Appointment

ด้วยสำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา (สนร.) ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าการจัดให้นักเรียนทุนรัฐบาล (นทร.) ทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. โดย สนร. ดำเนินการจัดหาบริษัทผู้ให้บริการและแผนประกันสุขภาพ ที่มีมาตรฐาน จะเอื้อประโยชน์ให้ นทร. ได้รับความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์สูงกว่าหรือเทียบเท่ากับแผนประกันสุขภาพของสถานศึกษา ดังนั้น สนร. จึงได้กำหนดให้ นทร. ที่อยู่ในความดูแลของสำนักงาน ก.พ. ทุกราายทำประกันสุขภาพผ่าน สนร.

ทั้งนี้ เนื่องจากท่านได้ศึกษาอยู่ในสถานศึกษาที่บังคับให้นักเรียนต่างชาติทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา (Insurance Mandate) ดังนั้น สนร. จึงยกเว้นการบังคับทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. โดยให้ท่านทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษาได้ (ตรวจสอบรายชื่อสถานศึกษาได้ที่ <http://oeadc.org/OEAServices/healthinsurance/Insurance20162017/MandateHardWaiverList>) แต่อย่างไรก็ดี เพื่อเป็นการรักษาความเป็นธรรมระหว่าง นทร. ที่ศึกษาอยู่ในสถานศึกษาต่างกัน สนร. ขอกำหนดให้ท่านเลือกแผนประกันสุขภาพที่มีความคุ้มครองต่ำที่สุดตามที่สถานศึกษาของท่านกำหนด และ สนร. จะจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพให้ท่านตามจำนวนที่จ่ายจริง โดยท่านจะต้องดำเนินการดังนี้



1. กรอกแบบ Personal Representative Appointment (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย) ให้ครบถ้วน และนำส่งไปยัง สนร. ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2559 เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพให้แก่สถานศึกษาของท่าน

2. รวบรวมรายละเอียดแผนประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา รวมทั้งค่าเบี้ยประกัน และระยะเวลาคุ้มครอง นำส่งไปยัง สนร. ทางไปรษณีย์ โทรสาร หรืออีเมล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2559

กรณีที่ท่านศึกษาอยู่ในสถานศึกษา ที่แม้จะบังคับให้นักเรียนต่างชาติทุกราายทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา แต่อาจพิจารณาขออนุญาตเว้นหากนักเรียนมีประกันสุขภาพที่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลเท่าเทียมหรือสูงกว่าของสถานศึกษา (Insurance Hard Waiver) และท่านประสงค์จะทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. ขอให้ท่านสอบถามว่า สถานศึกษาของท่านยอมรับแผนประกันสุขภาพผ่าน สนร. หรือไม่ (รายละเอียดแผนประกันสุขภาพผ่าน สนร. ปรากฏในเว็บไซต์ <http://oeadc.org/OEAServices/healthinsurance/Insurance20162017>)



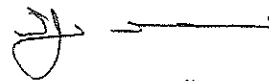
หากสถานศึกษายอมรับแผนประกันสุขภาพผ่าน สนร. ก็ขอให้ท่านกรอกแบบขอทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. (ดาวน์โหลดได้ที่ <http://oeadc.org/Download>) นำส่งไปยัง สนร. ทางไปรษณีย์ โทรสาร หรืออีเมล ภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2559



ทั้งนี้ ท่านต้องเร่งดำเนินการขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา ภายในเวลาที่สถานศึกษากำหนด หากท่านละเลยไม่ดำเนินการดังกล่าว และเกิดกรณีสถานศึกษาเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพไปยัง สนร. ท่านต้องรับผิดชอบจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่เข้าช้อนแก่สถานศึกษาเอง และกรณีสถานศึกษากำหนดให้ส่งเอกสารรับรองการมีประกันสุขภาพที่ระบุวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดความคุ้มครอง (Proof of Coverage) ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อออกเอกสารรับรองฯ ดังกล่าว ให้ท่านต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง หากมีข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องประการใด ขอให้แจ้ง สนร. ทราบทันที

ขอแสดงความนับถือ



(นายพิรุฬ เพียรล้ำเลิศ)

อัครราชทูต (ฝ่ายการศึกษา)

ประจำสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงวอชิงตัน

Personal Representative Appointment

สิ่งที่ส่งมาด้วย

I, _____,
First-name
Last-name
(PLEASE PRINT)

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 2016/2017 policy year. **(Please provide the following information.)**

INSURED INFORMATION
<p>Insured's Name</p> <p style="font-size: small;">Your full name</p>
<p>Insured's Policy Number ** or ID Number</p> <p style="font-size: small;">Your insurance policy number</p>
<p>Insured's Address</p> <p style="font-size: small;">Your full street address</p>
<p>Date</p> <p style="font-size: small;">Today's date</p>

PERSONAL REPRESENTATIVE INFORMATION <small>(Necessary for Identity Verification)</small>
<p>Personal Representative's Name</p> <p>Panupak Pongatichat, Minister Counselor (Education)</p>
<p>Personal Representative's Address</p> <p>Royal Thai Embassy Office of Educational Affairs 1906 23rd Street N.W. Washington, D.C. 20008</p>
<p>This box intentionally left blank</p>
<p>Insured's Signature</p> <p style="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 ****
