



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.3

15 ส.ย. 2559

เรื่อง ขอเชิญชวนร่วมทำประกันสุขภาพผ่านสำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา

เรียน นักเรียนทุนรัฐบาลที่ศึกษาโดยไม่ได้รับทุนรัฐบาล ข้าราชการลาศึกษา และนักเรียนทุนฝากในความดูแล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. สรุปสาระสำคัญของแผนประกันสุขภาพ
 2. แบบ Personal Representative Appointment

ด้วยสำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา (สนร.) ได้คัดเลือกบริษัท AETNA เป็นผู้ให้บริการประกันสุขภาพนักเรียนทุนรัฐบาล ประจำปีการศึกษา 2016 – 2017 โดยมีผลคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2559 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2560

ในการนี้ สนร. จึงขอแจ้งเชิญชวนนักเรียนทุนรัฐบาลที่ศึกษาโดยไม่ได้รับทุนรัฐบาล (ไม่ได้รับทุน ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2559 เป็นต้นไป) ข้าราชการลาศึกษา และนักเรียนทุนฝากในความดูแลร่วมทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. โดยกรมธรรม์สำหรับปีการศึกษา 2016 - 2017 ยังคงให้ความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์ เช่นเดียวกับกับกรมธรรม์ ในปีการศึกษา 2015 – 2016 ทุกประการ (สรุปสาระสำคัญของแผนประกันสุขภาพ ปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 1 และรายละเอียดแจ้งอยู่ในเว็บไซต์ <http://oeadc.org/OEAServices/healthinsurance/Insurance20162017>)



ทั้งนี้ การขอทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. มีขั้นตอนดังนี้


1. ผู้ขอทำประกันกรอกแบบขอทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. (ปีการศึกษา 2016 – 2017) (ดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ <http://oeadc.org/Download>)



1.1 กรณีนักเรียนทุนรัฐบาลที่อยู่ศึกษาโดยไม่ได้รับทุนรัฐบาล (ไม่ได้รับทุน ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2559 เป็นต้นไป) สามารถขอทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. ได้เป็นเวลา 6 เดือน เท่านั้น โดยให้ส่งแบบขอทำประกันสุขภาพฯ ที่กรอกข้อมูลครบถ้วน พร้อมเช็คส่งจ่าย AETNA จำนวน US \$ 888.00 ส่งไปยัง สนร. ภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2559 ทางไปรษณีย์เท่านั้น

1.2 กรณีข้าราชการลาศึกษาและนักเรียนทุนฝากในความดูแลที่อยู่ศึกษาโดยได้รับทุน สามารถขอทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. ได้ โดยให้ส่งแบบขอทำประกันสุขภาพฯ ที่กรอกข้อมูลครบถ้วน ไม่ต้องแนบเช็ค ส่งไปยัง สนร. ภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2559 ทางไปรษณีย์ โทรสาร หรืออีเมล

กรณีนักเรียนทุนฯ และข้าราชการลาศึกษา ที่มีประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษาอยู่ในปัจจุบัน แต่ความคุ้มครองจะสิ้นสุดลงก่อนวันที่ 1 กันยายน 2559 สนร. จะทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. ให้มีผลต่อเนื่อง นับจากวันที่ประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษาเดิมจะสิ้นสุดลง โดยผู้ขอทำประกันต้องแจ้งข้อมูลวันสิ้นสุดความคุ้มครองของประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษาให้ สนร. ทราบ พร้อมเอกสารจากสถานศึกษายืนยันข้อมูลวันดังกล่าว

2. สนร. ตรวจสอบรายชื่อนักเรียนที่ทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. รวบรวมนำส่งบริษัท AETNA และประกาศให้ทราบทั่วกันทางเว็บไซต์ สนร. ภายในวันที่ 15 สิงหาคม 2559 กรณีผู้ขอทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. ตรวจสอบไม่พบชื่อของตน ขอให้ติดต่อ สนร. ทันที (ตรวจสอบได้ที่ <http://oeadc.org/OEAServices/healthinsurance/Insurance20162017/2016-2017List>) 

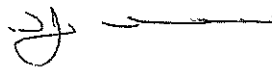
3. บริษัท AETNA จัดทำบัตรประกันสุขภาพ (Insurance ID card) ส่งให้ผู้ขอทำประกันแต่ละรายโดยตรง ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2559 กรณีผู้ขอทำประกันไม่ได้รับบัตรประกันสุขภาพภายในวันดังกล่าว ขอให้ติดต่อ บริษัท AETNA ที่หมายเลขโทรศัพท์ 1.877.375.7910 ทันที

4. ผู้ที่มีชื่อปรากฏในรายชื่อเรียนที่ทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. ต้องเร่งดำเนินการขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษาของตน ภายในเวลาที่สถานศึกษากำหนด ผู้ใดละเลยไม่ดำเนินการดังกล่าว และเกิดกรณีสถานศึกษาเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพไปยัง สนร. ผู้นั้นต้องรับผิดชอบจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่ข้าช้อนแก่สถานศึกษาเอง ทั้งนี้ หากสถานศึกษากำหนดให้ส่งเอกสารรับรองการมีประกันสุขภาพที่ระบุวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดความคุ้มครอง (Proof of Coverage) ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อออกเอกสารรับรองฯ ดังกล่าว ให้เป็นรายกรณี

5. นักเรียนทุนฯ และข้าราชการลาศึกษาทุกรายต้องกรอกแบบ Personal Representative Appointment (สิ่งที่ส่งมาด้วย 2) ให้ครบถ้วน และส่งไปยัง สนร. ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2559 เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพให้แก่บริษัท AETNA หรือสถานศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง หากมีข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องประการใด ขอให้แจ้ง สนร. ทราบทันที

ขอแสดงความนับถือ



(นายพิรุฬ เพียรล้ำเลิศ)

อัครราชทูต (ฝ่ายการศึกษา)

ประจำสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงวอชิงตัน

สรุปสาระสำคัญของแผนประกันสุขภาพ

Insurance Period:	September 1, 2016 - August 31, 2017
Underwritten by:	AETNA Life and Casualty (Bermuda), Ltd.
Administered by:	AETNA Life Insurance Company
Policy Number:	299959
Premium Rate:	US \$1,776.00 annually (pay every 6 months)
Plan Name:	Preferred Providers Network (PPO)
Maximum Benefit:	No maximum
Covered Medical Expenses:	<ul style="list-style-type: none"> ● 100% usual and customary in-network (including Student Health Center) ● 80% out-of-network (with US \$250 deductible) ● Outpatient Prescription Medications with a copay of US \$10 for generic drugs and US \$20 for brand name drugs.

หมายเหตุ ผู้เอาประกันสามารถตรวจสอบรายชื่อแพทย์/สถานพยาบาลในเครือข่าย AETNA (in-network) ได้ที่

- AETNA Student Health โทรศัพท์หมายเลข 1.877.375.7910 หรือ
- www.aetnastudenthealth.com (เลือก Find a Doctor or Hospital)



Personal Representative Appointment

สิ่งที่ส่งมาด้วย 2

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	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;">Panupak Pongatchat, Minister Counselor (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 ****
