



ที่ 56003/ว 2

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


19 มิถุนายน 2563

เรื่อง การจัดทำประกันสุขภาพให้นักเรียนทุนรัฐบาล ประจำปีการศึกษา 2020 – 2021 กรณีสถานศึกษา บังคับให้ทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา หรือสถานศึกษายกเว้นการบังคับทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา

เรียน นักเรียนทุนรัฐบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบ Personal Representative Appointment

ด้วยสำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา (สนร.) พิจารณาแล้วเห็นว่า การจัดให้นักเรียนทุนรัฐบาล (นทร.) ทำประกันสุขภาพ โดย สนร. ดำเนินการจัดหาบริษัทผู้ให้บริการและแผนประกันสุขภาพ ที่มีมาตรฐาน จะเอื้อประโยชน์ให้ นทร. ได้รับความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์สูงกว่าหรือเทียบเท่ากับ แผนประกันสุขภาพของสถานศึกษา ดังนั้น สนร. จึงกำหนดให้ นทร. ที่อยู่ในความดูแลทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหา โดยในปีการศึกษา 2020 - 2021 นี้ สนร. ได้คัดเลือกบริษัท AETNA เป็นผู้ให้บริการประกันสุขภาพ

โดยที่ท่านได้ศึกษาในสถานศึกษาที่กำหนดให้นักเรียนต่างชาติทำประกันสุขภาพกับสถานศึกษา (Insurance Mandate) ดังนั้น สนร. จึงยกเว้นการทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหา โดยให้ท่านทำประกันสุขภาพกับบริษัทประกันสุขภาพที่สถานศึกษาจัดหาได้ และท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อสถานศึกษาที่บังคับการทำประกันสุขภาพได้ที่ <http://oeadc.org/OEAServices/healthinsurance/Insurance>  20202021/MandateHardWaiverList ทั้งนี้ ในการทำประกันสุขภาพกับสถานศึกษา ขอให้ท่านเลือกแผนประกันสุขภาพที่ครอบคลุมและมีค่าใช้จ่ายการประกันสุขภาพน้อยที่สุด เพื่อมิให้เกิดความลักลั่นในระหว่าง นทร. ที่ศึกษาต่างสถานศึกษากัน โดย สนร. จะจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพให้ท่านตามจำนวนที่จ่ายจริง และท่านจะต้องดำเนินการดังนี้

1. กรอกแบบ Personal Representative Appointment (สิ่งที่ส่งมาด้วย) ให้ครบถ้วนและนำส่งไปยัง สนร. ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2563 ทางไปรษณีย์ โทรสาร หรืออีเมล เพื่อ สนร. จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพให้แก่สถานศึกษาของท่าน

2. นำส่งรายละเอียดแผนประกันสุขภาพที่สถานศึกษาจัดหา ค่าเบี้ยประกัน รวมทั้งระยะเวลาคุ้มครอง ไปยัง สนร. ทางไปรษณีย์ โทรสาร หรืออีเมล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2563

กรณีที่ท่านได้ศึกษาในสถานศึกษาที่บังคับให้นักเรียนต่างชาติทุกรายทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา แต่บางสถานศึกษาอาจพิจารณายกเว้นการบังคับทำประกันสุขภาพให้นักเรียนที่มีประกันสุขภาพครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลเทียบเท่าหรือสูงกว่าของสถานศึกษา (Insurance Hard Waiver) และท่านประสงค์จะทำประกันสุขภาพ

กับบริษัทที่ สนร. จัดหา ขอให้ท่านตรวจสอบกับสถานศึกษาของท่านก่อนว่า สถานศึกษายอมรับแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหาหรือไม่ รายละเอียดแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหา ปรากฏในเว็บไซต์ สนร. ที่ <http://oeadc.org/OEAServices/healthinsurance/Insurance20202021>



หากสถานศึกษายอมรับแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหา ขอให้ท่านกรอกแบบคำขอทำประกันสุขภาพ ปีการศึกษา 2020 – 2021 โดยดาวน์โหลดแบบได้ที่ <http://oeadc.org/Download> และจัดส่งเอกสารดังกล่าวพร้อมเอกสารยืนยันวันสิ้นสุดประกันสุขภาพกับสถานศึกษาไปยัง สนร. ทางไปรษณีย์ โทรสาร หรืออีเมล ภายในวันที่ 15 กรกฎาคม 2563



ทั้งนี้ ท่านจะต้องเร่งดำเนินการขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษาที่ท่านกำลังศึกษา อยู่ภายในเวลาที่สถานศึกษากำหนด หากท่านละเลยไม่ดำเนินการดังกล่าว และมีกรณีสถานศึกษาเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพไปยัง สนร. ท่านต้องรับผิดชอบจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่เข้าช้อนแก่สถานศึกษาเอง ทั้งนี้ หากสถานศึกษากำหนดให้ นทร. ผู้ขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพส่งเอกสารรับรองการมีประกันสุขภาพที่ระบุวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดความคุ้มครอง (Proof of Coverage) ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อออกเอกสารรับรองดังกล่าวให้ท่านต่อไป

กรณี นทร. ผู้ใดได้รับทุนรัฐบาลซึ่งสิ้นสุดภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 และประสงค์จะทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหาภายหลังครบตามระยะเวลาที่ได้รับทุนรัฐบาลตามโครงการทุนแล้ว และสถานศึกษายอมรับแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหา ขอให้จัดส่งเอกสารดังต่อไปนี้ทางไปรษณีย์ เท่านั้นไปยัง สนร. ภายในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 (สำหรับรอบประกันสุขภาพวันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2564)

1. แบบคำขอทำประกันสุขภาพ ปีการศึกษา 2020 – 2021 (ดาวน์โหลดได้ที่ <http://oeadc.org/Download>)



2. เช็คสั่งจ่าย AETNA จำนวน \$879.00 สำหรับความคุ้มครองเป็นระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2564 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2564 (การทำประกันสุขภาพมีกำหนดระยะเวลาขั้นต่ำ 6 เดือน)

ทั้งนี้ ขอให้ท่านศึกษารายละเอียดเงื่อนไขความคุ้มครองของแผนประกันสุขภาพของท่านก่อนตัดสินใจเลือกใช้บริการประกันสุขภาพ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ หากมีข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องประการใด ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อขอทราบรายละเอียดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวกษิรรัตน์ สุรวิชัย)

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 2020/2021 policy year. **(Please provide the following information.)**

INSURED INFORMATION	PERSONAL REPRESENTATIVE INFORMATION (Necessary for Identity Verification)
<p style="text-align: center;">Insured's Name</p> <p style="text-align: center;">Your full name</p>	<p style="text-align: center;">Personal Representative's Name</p> <p style="text-align: center;">Kasirat Surawichai Minister (Education)</p>
<p style="text-align: center;">Insured's Policy Number ** or ID Number</p> <p style="text-align: center;">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;">Your full street address</p>	<p>This box intentionally left blank</p>
<p style="text-align: center;">Date</p> <p style="text-align: center;">Today's date</p>	<p style="text-align: center;">Insured's Signature</p> <p style="text-align: center;">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**
