



ที่ 56003/ว 2

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


12 กรกฎาคม 2567

เรื่อง การจัดทำประกันสุขภาพให้นักเรียนทุนรัฐบาล ประจำปีการศึกษา 2024 – 2025 กรณีสถานศึกษา บังคับให้ทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา หรือสถานศึกษายกเว้นการบังคับทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา

เรียน นักเรียนทุนรัฐบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบ Personal Representative Appointment

ด้วยสำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา (สนร.) พิจารณาเห็นว่า การจัดให้นักเรียนทุนรัฐบาล (นทร.) ทำประกันสุขภาพ โดย สนร. ดำเนินการจัดหาบริษัทผู้ให้บริการและแผนประกันสุขภาพ ที่มีมาตรฐาน จะเอื้อประโยชน์ให้ นทร. ได้รับความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์สูงกว่าหรือเทียบเท่ากับแผนประกันสุขภาพของสถานศึกษา ดังนั้น สนร. จึงกำหนดให้ นทร. ที่อยู่ในความดูแลทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหา โดยในปีการศึกษา 2024 - 2025 นี้ สนร. ได้คัดเลือกบริษัท AETNA เป็นผู้ให้บริการประกันสุขภาพ

โดยที่ท่านได้ศึกษาในสถานศึกษาที่กำหนดให้นักเรียนต่างชาติทำประกันสุขภาพกับสถานศึกษา (Insurance Mandate) ดังนั้น สนร. จึงยกเว้นการทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ที่ สนร. จัดหา โดยให้ท่านทำประกันสุขภาพกับบริษัทประกันสุขภาพที่สถานศึกษาจัดหาได้ และท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อ  สถานศึกษาที่บังคับการทำประกันสุขภาพได้ที่ <https://oeadc.org/th/page/mandate-hard-waiver-list> ทั้งนี้ ในการทำประกันสุขภาพกับสถานศึกษา ขอให้ท่านเลือกแผนประกันสุขภาพที่ครอบคลุมและมีค่าใช้จ่ายการประกันสุขภาพน้อยที่สุด เพื่อมิให้เกิดความลังเลในระหว่าง นทร. ที่ศึกษาต่างสถานศึกษากัน โดย สนร. จะจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพให้ท่านตามจำนวนที่จ่ายจริง และท่านจะต้องดำเนินการดังนี้

1. กรอกแบบ Personal Representative Appointment (สิ่งที่ส่งมาด้วย) ให้ครบถ้วนและนำส่งไปยัง สนร. ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2567 ทางไปรษณีย์ หรืออีเมล เพื่อ สนร. จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพให้แก่สถานศึกษาของท่าน

2. นำส่งรายละเอียดแผนประกันสุขภาพที่สถานศึกษาจัดหา ค่าเบี้ยประกัน รวมทั้งระยะเวลาคุ้มครอง ไปยัง สนร. ทางไปรษณีย์ หรืออีเมล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2567

กรณีที่ท่านได้ศึกษาในสถานศึกษาที่บังคับให้นักเรียนต่างชาติทุกรายทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา แต่บางสถานศึกษาอาจพิจารณายกเว้นการบังคับทำประกันสุขภาพให้นักเรียนที่มีประกันสุขภาพครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลเทียบเท่าหรือสูงกว่าของสถานศึกษา (Insurance Hard Waiver) และท่านประสงค์จะทำประกันสุขภาพ

/กับบริษัทที่...

กับบริษัทที่ สนร. จัดหา ขอให้ท่านตรวจสอบกับสถานศึกษาของท่านก่อนว่า สถานศึกษายอมรับแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหาหรือไม่ รายละเอียดแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหาปรากฏในเว็บไซต์ สนร. ที่ <https://oeadc.org/th/page/health-insurance-2567-2568>



หากสถานศึกษายอมรับแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหา ขอให้ท่านจัดส่งแบบคำขอทำประกันสุขภาพ ปีการศึกษา 2024 – 2025 ผ่านระบบคำขอออนไลน์ให้ สนร. ที่ <https://oeadc.org/th/downloads> พร้อมเอกสารยืนยันวันสิ้นสุดประกันสุขภาพกับสถานศึกษา ภายในวันที่ 26 กรกฎาคม 2567



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

กรณี นทร. ผู้ใดได้รับทุนรัฐบาลซึ่งสิ้นสุดภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 และประสงค์จะทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ต่อไป ภายหลังจากที่ครบระยะเวลาที่ได้รับทุนรัฐบาลตามโครงการทุนแล้ว และสถานศึกษายอมรับแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหา ขอให้จัดส่งเอกสารดังต่อไปนี้ไปยัง สนร. ทางไปรษณีย์เท่านั้น ภายในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2568 (สำหรับรอบประกันสุขภาพวันที่ 1 มีนาคม 2568 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2568)

1. แบบคำขอทำประกันสุขภาพ ปีการศึกษา 2024 – 2025 (ดาวน์โหลดได้ที่ <https://oeadc.org/th/downloads>)



2. เช็คสั่งจ่าย AETNA จำนวน 999.00 ดอลลาร์สหรัฐ สำหรับความคุ้มครองเป็นระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2568 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2568 (การทำประกันสุขภาพมีกำหนดระยะเวลาขั้นต่ำ 6 เดือน)

ทั้งนี้ ขอให้ท่านศึกษารายละเอียดเงื่อนไขความคุ้มครองของแผนประกันสุขภาพของท่านก่อนตัดสินใจเลือกใช้บริการประกันสุขภาพ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ หากมีข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องประการใด ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อขอทราบรายละเอียดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางปจิตา ดิศกุล ณ อยุธยา)

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 2024/2025 policy year. (Please provide the following information.)

INSURED INFORMATION	PERSONAL REPRESENTATIVE INFORMATION (Necessary for Identity Verification)
Insured's Name Your full name	Personal Representative's Name Pajita Diskul Na Ayudhya Minister (Education)
Insured's Policy Number ** or ID Number Your insurance policy number	Personal Representative's Address Royal Thai Embassy Office of Educational Affairs 1906 23 rd Street N.W. Washington, D.C. 20008
Insured's Address Your full street address	This box intentionally left blank
Date Today's date	Insured's Signature Your Signature

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**
