



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายบริหารกลางและทรัพยากรบุคคล สำนักงานมหาวิทยาลัย โทร. ๗๒๒๑  
ที่ ศธ ๖๔.๐๑/๓๑๐๖ วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๔

เรื่อง แจกแนวปฏิบัติการประกันสุขภาพกลุ่มสำหรับผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ  
พ.ศ. ๒๕๕๕

เรียน อธิการบดี

ตามที่มหาวิทยาลัยได้พิจารณาคัดเลือกให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด เป็นผู้ให้บริการ  
ประกันสุขภาพกลุ่มสำหรับผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕ ภายใต้งบเงิน  
สิทธิประโยชน์และความคุ้มครองไม่ต่ำกว่าเดิม และเบี้ยประกันลดลงกว่าเดิม

เพื่อให้การดำเนินการเกี่ยวกับประกันสุขภาพกลุ่มของสมาชิกสามัญ และสมาชิกสมทบเป็นไป  
ด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ฝ่ายบริหารกลางและทรัพยากรบุคคลจึงขอกำหนดแนวปฏิบัติการ  
ประกันสุขภาพกลุ่ม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕ ดังต่อไปนี้

๑. พนักงานมหาวิทยาลัย หรือพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ ซึ่งได้  
เคยสมัครเข้าโครงการไปแล้ว และไม่ประสงค์จะสมัครให้คู่สมรส และ/หรือบุตร หรือไม่ประสงค์จะ  
เปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์ ไม่ต้องดำเนินการใด ๆ

๒. กรณีสมาชิกสามัญซึ่งได้เคยสมัครเข้าร่วมโครงการแล้วในปีแรก และประสงค์จะสมัครให้  
คู่สมรส และ/หรือบุตร ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕ ให้ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานการสมัคร โดยชำระเงิน  
เฉพาะส่วนของคู่สมรส และ/หรือบุตร

๓. กรณีสมาชิกสามัญซึ่งได้เคยสมัครเข้าร่วมโครงการแล้วในปีแรก และประสงค์จะ  
เปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕ ให้ยื่นใบสมัครพร้อมระบุผู้รับผลประโยชน์ใหม่

๔. ผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยที่มีใช้พนักงานมหาวิทยาลัย (สมาชิกสมทบ) หรือ  
ผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยที่ประสงค์จะสมัครให้คู่สมรส และ/หรือบุตร ให้ยื่นใบสมัครและหลักฐานการ  
สมัครพร้อมชำระเงินในอัตรารายละ ๔,๖๔๔ บาท ภายในวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๔ โดยจะมีผลบังคับใน  
กรมธรรม์ย้อนหลังตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๔

๕. การสมัครเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพกลุ่ม (ทั้งนี้เนื่องจากบริษัทผู้ให้บริการขอสงวน  
สิทธิในการคุ้มครองผู้เอาประกันประเภทสมาชิกสมทบไม่เกินจำนวนจำนวนที่สมัครเข้าร่วมโครงการ  
ณ วันแรกที่กรมธรรม์มีผลบังคับเท่านั้น)

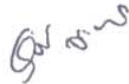
อำนวยการ ๕๕ ๓๐๒๒ ๒  
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์  
รับ ๖๖๐๗ วันที่ 21 ก.ย. 2554  
ไป เวลา 09.๑๕ น

- กรณีไม่ต้องชำระเงิน ให้ยื่นใบสมัครและหลักฐานการสมัครผ่านฝ่ายบริหารกลาง และทรัพยากรบุคคล

- กรณีต้องชำระเงิน ให้ดำเนินการผ่านกลุ่มภารกิจการเงิน บัญชี และพัสดุ ฝ่ายบริหารวิทยาเขตสงขลา หรือวิทยาเขตพัทลุง)

๖. รายละเอียดการประกันสุขภาพกลุ่มสำหรับผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ และรายละเอียดความคุ้มครอง ดังเอกสารที่แนบ และสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งหน่วยงานเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยทราบ และถือปฏิบัติต่อไป (อนึ่งสำหรับพนักงานที่ลาศึกษา/ฝึกอบรม/ดูงาน เห็นควรให้คณะ/หน่วยงาน ประชาสัมพันธ์ให้ทราบด้วย)



(นางอุทัยวรรณ จันทรโชติ)

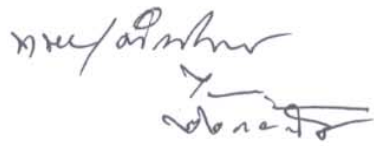
หัวหน้าฝ่ายบริหารกลางและทรัพยากรบุคคล



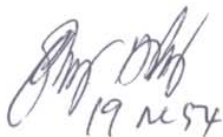
ทนาย/อสิมพร  
2011.54

เรียน คณบดี  
1. ใช้ใบสมัคร  
2. ใบสมัคร/ใบสมัคร  
3. มติของฝ่ายฯ  
เอกสารแนบ E-MAIL  
21/11/54

เรียน คณบดี  
ชื่อโปรด ทวีคูณ และพิภพ  
อนุภาค ต-มรพท, 21/11/54



อสิมพร (แทนจิวทศฯ ส่วน.)



รายละเอียดการประกันสุขภาพกลุ่มสำหรับผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕

ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยทักษิณ ว่าด้วยการคุ้มครองการทำงาน ค่าตอบแทน สวัสดิการ และสิทธิประโยชน์ของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๕๑ ประกอบกับประกาศคณะกรรมการนโยบายการบริหารทรัพยากรบุคคล เรื่อง หลักเกณฑ์การประกันสุขภาพกลุ่ม ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล และการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย ฉบับลงวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๕๑ กำหนดให้มหาวิทยาลัย จัดให้มีโครงการประกันสุขภาพกลุ่ม ซึ่งคุ้มครองกรณีเสียชีวิต ทูพลาภาพ การรักษาพยาบาลทั้งกรณีผู้ป่วยใน และกรณีผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยทุกประเภท โดยมหาวิทยาลัยกำหนดผู้มีสิทธิเข้าร่วมโครงการดังนี้

(๑) สมาชิกสามัญ ได้แก่ พนักงานมหาวิทยาลัย

(๒) สมาชิกสมทบ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย (ซึ่งมิใช่พนักงานมหาวิทยาลัย)

คู่สมรส และบุตรของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕ มหาวิทยาลัยได้คัดเลือกให้ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด เป็นผู้ให้บริการประกันสุขภาพกลุ่มสำหรับผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยทักษิณ ทั้งนี้บริษัทเมืองไทย ประกันชีวิต จำกัด ได้เสนอเงื่อนไขสิทธิประโยชน์และความคุ้มครองไม่ต่ำกว่าเดิมโดยเพิ่มเติมการคุ้มครองโรคเรื้อรังทุกโรค และค่าเบี้ยประกันลดลงกว่าเดิม

มหาวิทยาลัยกำหนดให้การสมัครเข้าร่วมโครงการสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่มของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยเป็นไปโดยสมัครใจ โดยมหาวิทยาลัยจะรับผิดชอบการจ่ายค่าเบี้ยประกันรายปี ให้กับสมาชิกสามัญเท่านั้น ส่วนสมาชิกสมทบจะต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันรายปีเองในอัตราที่กำหนด

อัตราเบี้ยประกันต่อปี (ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๕)

สมาชิกสามัญ รายละเอียด ๔,๖๗๙ บาท

สมาชิกสมทบ รายละเอียด ๔,๖๔๔ บาท

ผลประโยชน์และความคุ้มครอง (รายละเอียดปรากฏในกรมธรรม์ประกันชีวิตและสุขภาพ)

**การประกันชีวิต**

คุ้มครองการเสียชีวิตทุกสาเหตุ และการประกันกรณีสูญเสียชีวิตและทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร

เนื่องจากการเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุ ไม่เกิน ๒๐๐,๐๐๐ บาท

\*ไม่คุ้มครองสมาชิกสมทบ ผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย (ซึ่งมิใช่พนักงานมหาวิทยาลัย) คู่สมรส

และบุตรของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย

**การประกันสุขภาพ**

กรณีเป็นผู้ป่วยใน

ค่าห้องและค่าอาหารวันละ ๒,๐๐๐ บาท

(สูงสุดไม่เกิน ๙๐ วันต่อการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุแต่ละครั้ง)

ค่าห้อง ไอ.ซี.ยู ๔,๐๐๐ บาท

(สูงสุดไม่เกิน ๑๕ วันต่อการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุแต่ละครั้ง โดยรวมอยู่ในค่าห้องและค่าอาหาร)

ค่าใช้จ่ายและบริการทั่วไปของโรงพยาบาล ๒๐,๐๐๐ บาท

(สูงสุดต่อการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุแต่ละครั้ง)

ค่ารถพยาบาล	๑,๐๐๐ บาท
(สูงสุดต่อการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุแต่ละครั้ง โดยรวมอยู่ในค่าใช้จ่ายและบริการทั่วไป)	
ค่าธรรมเนียมแพทย์ผ่าตัด	๕๕,๐๐๐ บาท
(สูงสุดต่อการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	
ค่าห้องและอุปกรณ์การผ่าตัด	๕,๕๐๐ บาท
(สูงสุดต่อการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุแต่ละครั้ง โดยจ่ายแยกจากค่าใช้จ่ายและบริการทั่วไป)	
ค่าธรรมเนียมวางยาสลบ	๕,๕๐๐ บาท
(สูงสุดต่อการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุแต่ละครั้ง โดยจ่ายแยกจากค่าใช้จ่ายและบริการทั่วไป)	
ค่าธรรมเนียมแพทย์ดูแล วันละ	๘๐๐ บาท
(สูงสุด ๙๐ วันต่อการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	
ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉิน (เข้ารับการรักษาภายใน ๒๔ ชั่วโมง)	๔,๕๐๐ บาท
(สูงสุดต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	
* ขยายความคุ้มครองการรักษาพยาบาลต่อเนื่องแบบ โอ.พี.ดี. ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่ได้รับอุบัติเหตุ	
ค่าปรึกษาแพทย์พิเศษ	๔,๕๐๐ บาท
(สูงสุดต่อการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุแต่ละครั้ง)	
* โดยรวมอยู่ในค่าใช้จ่ายและบริการทั่วไป หรือ ค่าธรรมเนียมแพทย์ผ่าตัดแล้วแต่กรณี *	
กรณีผู้ป่วยนอก	
ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง	๑,๐๐๐ บาท
(สูงสุดไม่เกิน ๓๐ ครั้งต่อปี)	

#### เงื่อนไขการคุ้มครอง

๑. การประกันชีวิตและสุขภาพจะให้ความคุ้มครองแก่สมาชิก (อายุไม่เกิน ๖๕ ปี) ทุกสถานที่ทั่วโลก ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทั้งในและนอกเวลาทำงาน
๒. การประกันชีวิตและสุขภาพจะให้ความคุ้มครองแก่สมาชิกเป็นระยะเวลา ๑ ปี และคุ้มครองต่อเนื่องกัน ๑๒ เดือน นับแต่วันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ (ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๔ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๕๕)
๓. สมาชิกทุกคนจะได้รับการประกันโดยไม่ต้องผ่านการตรวจสุขภาพ และได้รับการยกเว้นการแถลงรายละเอียดสุขภาพในใบคำขอเอาประกัน
๔. สมาชิกสามารถเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลในเครือ ทั้งในกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโดยใช้บัตรสมาชิก และไม่ต้องสำรองจ่าย
๕. บุตรของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยมีสิทธิขอเอาประกันได้ตั้งแต่อายุ ๑๔ วัน จนถึงอายุ ๒๕ ปี เว้นแต่ทำการสมรสแล้ว
๖. การคุ้มครองจะสิ้นสุดลงหลังจากที่ผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยพ้นสภาพจากการเป็นผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยทุกชนิด ทั้งนี้ให้คู่สมรส และบุตรของผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยที่พ้นสภาพสิ้นสุดการเป็นสมาชิกสมทบภายใต้โครงการประกันสุขภาพกลุ่มนี้ด้วย สมาชิกสมทบที่พ้นสภาพระหว่างปีจะได้รับค่าเบี้ยประกันคืนตามสัดส่วนเมื่อกรมธรรม์หมดอายุลง



เลขที่ \_\_\_\_\_

## ใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพกลุ่ม มหาวิทยาลัยทักษิณ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... นามสกุล .....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน ..... วัน เดือน ปี เกิด .....

อายุ ..... ปี สถานภาพ  โสด  สมรส เป็นผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย ประเภท

- พนักงานมหาวิทยาลัย
- พนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ
- ลูกจ้างของมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากลูกจ้างประจำ
- ข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา
- ลูกจ้างของส่วนราชการ
- ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย

ตำแหน่ง ..... สังกัด .....

อยู่บ้านเลขที่ ..... ซอย ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพกลุ่มที่มหาวิทยาลัยดำเนินการผ่าน  
การให้บริการของบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด โดยระบุผู้รับผลประโยชน์ดังนี้

๑. ชื่อ ..... ความสัมพันธ์ .....

๒. ชื่อ ..... ความสัมพันธ์ .....

และมีความประสงค์ให้คู่สมรส และ/หรือบุตรของข้าพเจ้า ซึ่งมีรายนามต่อไปนี้ เข้าร่วม  
โครงการประกันสุขภาพกลุ่มด้วย

คู่สมรส (อายุไม่เกิน ๖๕ ปี)

ชื่อ ..... วันเดือนปีเกิด..... อายุ ..... ปี

บุตร (อายุระหว่าง ๑๔ วัน ถึง ๒๕ ปี และยังไม่สมรส)

๑. ชื่อ ..... วันเดือนปีเกิด..... อายุ .....ปี

๒. ชื่อ ..... วันเดือนปีเกิด ..... อายุ ..... ปี  
๓. ชื่อ ..... วันเดือนปีเกิด ..... อายุ ..... ปี  
๔. ชื่อ ..... วันเดือนปีเกิด ..... อายุ ..... ปี  
๕. ชื่อ ..... วันเดือนปีเกิด ..... อายุ ..... ปี

ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานการสมัคร ได้แก่ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/สำเนาสูติบัตร สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาทะเบียนสมรสของผู้ประสงค์เข้าร่วมโครงการ (พร้อมรับรองสำเนา) และชำระเงินค่าเบี้ยประกันรายปี ในอัตรา ๔,๖๔๔ บาท (กรณีสมทบ) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ) .....

( ..... )

---

สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน

ได้รับชำระเงินค่าเบี้ยประกันรายปีของ .....

โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน ..... ราย เป็นเงินรวม ..... บาท ทั้งนี้ตามใบสำคัญรับเงิน  
เลขที่ .....

ลงชื่อ .....

( ..... )

เจ้าหน้าที่การเงิน

วันที่ .....

---

หมายเหตุ

๑. พนักงานมหาวิทยาลัย หรือพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ (สมาชิกสามัญ) ซึ่งได้เคยสมัครเข้าร่วมโครงการแล้วในปีที่ผ่านมา และไม่ประสงค์จะสมัครให้คู่สมรส และ/หรือบุตร หรือไม่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ ไม่ต้องยื่นใบสมัคร
๒. พนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ ที่ประสงค์จะสมัครเข้าร่วมโครงการเฉพาะตนเอง ให้ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานการสมัคร โดยไม่ต้องชำระเงิน ผ่านฝ่ายบริหารกลางและทรัพยากรบุคคล วิทยาเขตสงขลา หรือพัทลุง กรณีประสงค์จะสมัครให้คู่สมรส และ/หรือบุตร ด้วย ให้ดำเนินการตามข้อ ๓.
๓. ผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยที่มีใช่พนักงานมหาวิทยาลัย รวมถึงการสมัครให้คู่สมรสและ/หรือบุตร ให้ผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยยื่นใบสมัครและหลักฐานการสมัคร พร้อมชำระเงินผ่านกลุ่มภารกิจการเงิน บัญชี และพัสดุ วิทยาเขตสงขลา และกลุ่มภารกิจการเงิน ฝ่ายบริหารวิทยาเขตพัทลุง