

ที่ สธ ๐๒๓๓.๐๒/ ๒๒๗๔



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘  
๔ ถนนอิทธิดี จังหวัดอุดรธานี ๔๑๐๐๐

๓ สิงหาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอรับค่าสินไหมทดแทนจากกรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อ COVID-19 ของบุคลากรสาธารณสุข และส่งขอรับ  
ชดเชยความเสียหายของผู้ให้บริการ ตาม ม.๑๘(๔)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๘

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สรุปรายชื่อบุคลากรสาธารณสุข ที่เจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 จำนวน ๑ ชุด  
๒. รายชื่อบุคลากร ที่ได้รับกรมธรรม์ฯ จำนวน ๑ ชุด  
๓. เงื่อนไขความคุ้มครองและแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ กองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แจ้งให้สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดทุกจังหวัด รวบรวมรายชื่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานและมีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)  
เพื่อรับจัดสรรกรมธรรม์จากสมาคมประกันวินาศภัยไทย และได้แจ้งรายชื่อบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับความคุ้มครอง  
จากกรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้ทุกจังหวัดทราบแล้ว ซึ่งกรมธรรม์ประกันภัยดังกล่าว คุ้มครองการ  
เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวนเงิน ความคุ้มครอง ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) ต่อราย ระยะเวลา  
คุ้มครอง ๖ เดือน โดยเริ่มให้ความคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ได้ตรวจสอบรายชื่อบุคลากรสาธารณสุข ในเขต ๘ ที่เจ็บป่วยด้วยโรค  
ติดเชื้อ COVID-19 ข้อมูล ณ วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔ มีผู้ติดเชื้อ ๕๕ คน มีกรมธรรม์ประกันภัยฯ ดังกล่าว จำนวน  
๒๓ คน ตามแบบสรุปรายชื่อบุคลากรที่ติดเชื้อ COVID-19 ที่ส่งมาด้วย ๑ นี้

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จึงขอติดตามการส่งเอกสารขอรับค่าสินไหมทดแทน และการขอ  
รับการชดเชยความเสียหายของผู้ให้บริการ ตาม ม.๑๘(๔) จาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้บุคลากร  
สาธารณสุขที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้รับการชดเชย โดยขอความกรุณา กลุ่มงานประกันสุขภาพ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด รวบรวม และจัดส่งเอกสาร ดังนี้

๑. เอกสารขอรับค่าสินไหมทดแทน ตามแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ของบุคลากร  
สาธารณสุขที่มีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์ฯ ส่งให้กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง สำนักงานเขต  
สุขภาพที่ ๘ ทาง E-mail : R8waycfo@gmail.com ภายในวันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๔ เพื่อรวบรวมจัดส่งให้เจ้าหน้าที่  
ผู้รับผิดชอบกองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒. เอกสารขอรับชดเชยความเสียหายของ ผู้ให้บริการตาม ม.๑๘ (๔) ให้ประสานและจัดส่งให้  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ อุดรธานี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง  
สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

(นายประเมษฐ์ กิ่งโก้)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

สรุปจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ ของเขตสุขภาพที่ 8 ที่ติดเชื้อ COVID-19

ข้อมูล ณ วันที่ 29 กรกฎาคม 2564

จังหวัด	จำนวนบุคลากรผู้ติดเชื้อ (ราย)	1. มีกรรมธรรม์ (สธ.) คัดกรองการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ COVID-19		2. ไม่มีกรรมธรรม์ (สธ.) (ราย)
		1.1 คัดกรอง (ราย)	1.2 ไม่คัดกรอง (ราย)	
นครพนม	10	2	2	6
บึงกาฬ	2	0	1	1
เลย	12	8		4
สกลนคร	1	1		
หนองคาย	3	1		2
อุดรธานี	27	11	8	8
รวมเขต 8	55	23	11	21

หมายเหตุ : กรรมธรรม์เริ่มคัดกรองวันที่ 10 พฤษภาคม 2564 - 10 พฤศจิกายน 2564

จำนวนเจ้าหน้าที่ติดเชื้อ COVID-19 และมีกรรมธรรม์ประกันภัยคัดกรองการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ COVID-19

จำแนกราย รพ.ในเขต 8 ข้อมูล ณ วันที่ 29 กรกฎาคม 2564

จังหวัด	หน่วยงาน	จำนวน จนท.ติดเชื้อ ที่มีกรรมธรรม์คัดกรอง	สธ. ได้รับเอกสารขอรับ ความคุ้มครองแล้ว (ราย)
นครพนม	รพช.โพนสวรรค์	2	0
เลย	รพท.เลย	4	0
เลย	รพช.เอราวัณ	1	0
เลย	รพช.ผาขาว	1	0
เลย	รพ.สต.คำปุ่น	1	0
เลย	รพ.สต.โป่งศรีโทน	1	0
สกลนคร	รพช.พระ อจ ผืน อจจาโร	1	0
หนองคาย	สสจ.หนองคาย	1	0
อุดรธานี	รพศ.อุดรธานี	3	0
อุดรธานี	รพท.กุมภวาปี	4	0
อุดรธานี	รพช.หนองแสง	1	0
อุดรธานี	รพช.โนนสะอาด	1	0
อุดรธานี	รพช.บ้านผือ	1	0
อุดรธานี	รพช.ประจักษ์ศิลปาคม	1	0
รวมเขต 8		23	0

### จำนวนกรมธรรม์ทั้งสิ้น 250,120 กรมธรรม์ ประกอบด้วย

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	จำนวน	นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	จำนวน
1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	208,000	1. สำนักงานนาย และสำนักงานการแพทย์ กทม.	6,500
2. กรมสุขภาพจิต	1,000	2. โรงพยาบาลภูมิพล	2,000
3. กรมการแพทย์	11,000	3. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	1,500
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	50	4. UHOSNET	14,312
5. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	600	5. กองทัพเรือ	1,000
6. กรมควบคุมโรค	2,052	6. กรมแพทย์ทหารบก	936
7. กรมอนามัย	1,100		
8. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	70		
รวม	223,872	รวม	26,248

### เงื่อนไขความคุ้มครอง

แต่ละรายจะได้รับความคุ้มครองจาก 3 กรมธรรม์ ดังนี้

1. กรมธรรม์ประกันภัย คุ้มครองการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวนเงินความคุ้มครอง 1,000,000.- บาทต่อราย จำกัดความรับผิดชอบในการจ่ายค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวไม่เกิน 10 ราย ระยะเวลาให้ความคุ้มครอง 60 วัน (2 เดือน) โดยเริ่มให้ความคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 10 พฤษภาคม ถึงวันที่ 8 กรกฎาคม 2564 ระยะเวลาสิ้นสุดความคุ้มครองเวลา 24.00 น.

2. กรมธรรม์ประกันภัย คุ้มครองการเสียชีวิตหรือภาวะโคม่าจนเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวนเงินความคุ้มครอง 1,000,000.- บาทต่อราย ระยะเวลาคุ้มครอง 6 เดือน โดยเริ่มให้ความคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 10 พฤษภาคม ถึงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2564 ระยะเวลาสิ้นสุดความคุ้มครองเวลา 24.00 น.

3. กรมธรรม์ประกันภัย คุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวนเงินความคุ้มครอง 10,000 บาทต่อราย และคุ้มครองการประกันภัยอุบัติเหตุ จำนวนเงินความคุ้มครอง 10,000 บาท ต่อราย ระยะเวลาคุ้มครอง 6 เดือน โดยเริ่มให้ความคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 10 พฤษภาคม ถึงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2564 ระยะเวลาสิ้นสุดความคุ้มครองเวลา 24.00 น.

**รายละเอียดการเคลมประกัน**

กรณีการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 และอุบัติเหตุแบบกลุ่ม	กรณีการเสียชีวิต
<p>1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าทดแทนที่สมาคมประกันวินาศภัยไทยกำหนด</p> <p>2. ใบรับรองแพทย์ และใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา</p> <p>3. สำเนาสมุดคู่มือภาคการออมทรัพย์ของผู้ได้รับความคุ้มครอง (เท่านั้น)</p> <p>4. สำเนาบัตรประชาชน และรับรองสำเนาถูกต้อง</p> <p><b>***หมายเหตุ***</b></p> <p>1. กรณีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวนเงินเอาประกันภัย 10,000 บาท/คน</p> <p>2. ระยะเวลาจ่ายภายใน 15 วัน นับตั้งแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงความสูญเสีย หรือความเสียหายที่ครบถ้วนและถูกต้องแล้ว</p>	<p>1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่สมาคมประกันวินาศภัยไทยกำหนด</p> <p>2. ใบมรณบัตร หรือใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ (กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ)</p> <p>3. สำเนารายงานชั้นสุดรพ.ลิกศพ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออกรายงาน (กรณีเสียชีวิต)</p> <p>4. สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี (กรณีเสียชีวิต)</p> <p>5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ “ตาย” ของผู้ได้รับความคุ้มครอง (กรณีเสียชีวิต)</p> <p>6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์</p> <p>7. เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทเรียกร้องเพิ่มเติมตามความจำเป็น (ถ้ามี)</p> <p><b>***หมายเหตุ***</b></p> <p>1. กรณีการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จำนวนเงินเอาประกันภัย 10,000 บาท/คน หรือกรณีเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนเป็นเหตุให้เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าว หรืออยู่ในภาวะโคม่าจนเสียชีวิต เป็นจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,000 บาท/คน</p> <p>2. ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องส่งหลักฐานให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเสียชีวิต หรือแพทย์ลงความเห็นว่าคุณพลาภาพถาวรสิ้นเชิง หรือสูญเสียอวัยวะ โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง หรือผู้รับประโยชน์</p>

กรณีการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 และอุบัติเหตุแบบกลุ่ม	กรณีการเสียชีวิต
	3. ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเสียชีวิต ค่าสินไหมทดแทนจะจ่ายไปยังผู้รับประโยชน์ที่ระบุ ทายาทโดยธรรม หรือผู้ที่ศาลแต่งตั้งเป็นผู้จัดการมรดก 4. ระยะเวลาจ่ายภายใน 15 วัน นับตั้งแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงความสูญเสีย หรือความเสียหายที่ครบถ้วนและถูกต้องแล้ว

### โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ตรวจสอบรายชื่อผู้ที่ประสงค์เคลมประกัน
2. ให้แนกเอกสารที่เกี่ยวข้องเป็นไฟล์ PDF (เท่านั้น) ส่ง กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ทาง E mail ที่ [r8waycfo@gmail.com](mailto:r8waycfo@gmail.com) เพื่อรวบรวมส่งกองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ e-mail address : [suwi-wisu@hotmail.co.th](mailto:suwi-wisu@hotmail.co.th) เบอร์โทรศัพท์ 0-2590-1225 และ 0-2590-2065 ชื่อผู้ประสาน น.ส.ธรรณูธารา บุญเกียรติประวัติ