**เอกสารแนบบันทึกข้อความการขออนุมัติการเบิกเงินสวัสดิการคณะเทคโนโลยีทางทะเล**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **✓** | **หลักเกณฑ์การจ่าย** | **หลักฐานการจ่าย** |
|  | 1. ค่าประกันสุขภาพหมู่รายปีแก่ผู้ปฏิบัติงานในคณะเทคโนโลยีทางทะเล ตามที่จ่ายจริง คนละไม่เกิน ๖,๐๐๐ บาทต่อปี
 | - ใบเสร็จรับเงิน |
|  | 1. ค่าตรวจสุขภาพประจำปีในสถานพยาบาลภาครัฐหรือภาคเอกชน เท่าที่จ่ายจริง คนละไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาทต่อปี
 | - ใบเสร็จรับเงิน - ใบรับรองแพทย์ |
|  | ๓ ค่าสงเคราะห์ผู้ปฏิบัติงานในคณะเทคโนโลยีทางทะเล เนื่องในโอกาสต่างๆ ดังนี้ ๓.๑ การสมรส ให้จ่ายคนละไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาทต่อครั้ง | - ใบสำคัญรับเงิน- บัตรเชิญ หรือสำเนาทะเบียนสมรส |
|  |  ๓.๒ การอุปสมบทหรือการไปประกอบพิธีฮัจย์ ให้จ่ายคนละไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท | - ใบสำคัญรับเงิน - บัตรเชิญ หรือ สำเนาคำสั่ง |
|  |  ๓.๓ การรับขวัญบุตรแรกเกิด ให้จ่ายครั้งละ ๕,๐๐๐ บาท | - ใบเสร็จรับเงิน - สำเนาสูติบัตร |
|  |  ๓.๔ก การเสียชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน คนละไม่เกิน ๓๐,๐๐๐ บาท และค่าพวงหรีด คนละไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท **หมายเหตุ** ผู้รับผลประโยชน์คือผู้ที่ได้รับสิทธิในประกันอุบัติเหตุ | - ใบสำคัญรับเงิน - สำเนาใบมรณะบัตร - ใบเสร็จรับเงิน - แบบระบุสิทธิรับเงินสงเคราะห์ |
|  |  ๓.๔ข การเสียชีวิตของบิดา มารดา คู่สมรส บุตร คนละไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท และค่าพวงหรีด คนละไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท | - สำเนาใบมรณะบัตร - ใบสำคัญรับเงิน- ใบเสร็จรับเงิน - สำเนาทะเบียนบ้าน |
|  | ๔ ค่าเยี่ยมไข้ผู้ปฏิบัติงานในคณะเทคโนโลยีทางทะเล (ผู้ป่วยใน) คนละไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท ต่อครั้ง ปีละไม่เกิน ๓ ครั้ง  | - ใบเสร็จรับเงิน - ใบรับรองแพทย์ |
|  | ๕ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางในนามคณะเทคโนโลยีทางทะเล เพื่อไปร่วมพิธี ของผู้ปฏิบัติงาน ในคณะเทคโนโลยีทางทะเล เท่าที่จ่ายจริง งานละไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท และสำหรับบิดา มารดา คู่สมรส บุตร กรณีเสียชีวิต งานละไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท | - ใบเสร็จรับเงิน |
|  | ๖ ค่าสงเคราะห์ กรณีประสบภัยพิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติงานในคณะเทคโนโลยีทางทะเล ครอบครัวละไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท ต่อปี  | - ใบเสร็จรับเงิน |
|  | ๗ ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงรับรอง เลี้ยงสังสรรค์ ในโอกาสต่างๆ ซึ่งคณะเทคโนโลยีทางทะเลจัดขึ้น ตามที่จ่ายจริง คนละไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท ต่อครั้ง | ตามระเบียบมหาวิทยาลัยบูรพา ว่าด้วยการพัสดุที่มหาวิทยาลัยกำหนด |
|  | ๘ ค่าทำนามบัตรสำหรับผู้ปฏิบัติงานในคณะเทคโนโลยีทางทะเล ไม่เกินคนละ ๕๐๐ บาทต่อปี | - ใบเสร็จรับเงิน |
|  | ๙ ค่าของที่ระลึก ของขวัญ ของรางวัล กระเช้าเยี่ยมแสดงความยินดีในโอกาสต่างๆ สำหรับผู้ปฏิบัติงานในคณะเทคโนโลยีทางทะเล คนละไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ผู้ที่ได้รับสวัสดิการตามข้อ ๓.๑ ข้อ ๓.๒ และข้อ ๓.๓ มิให้ได้รับสวัสดิการตามข้อนี้ | - ใบเสร็จรับเงิน |
|  | ๑๐ ค่าทำฟันเพื่อการรักษา ยกเว้นทันตกรรมเพื่อความสวยงาม (ดัดฟัน จัดฟัน) คนละไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาทต่อปี | - ใบเสร็จรับเงิน |
|  | ๑๑ ค่าเล่าเรียนและค่าธรรมเนียมการศึกษาบุตร ตามจ่ายจริงอัตราดังนี้  ๑๑.๑ ระดับปฐมวัย คนละไม่เกิน ๖,๐๐๐ บาทต่อปี ๑๑.๒ ระดับประถมศึกษา ปีที่ ๑ - ๓ คนละไม่เกิน ๖,๕๐๐ บาทต่อปี ๑๑.๓ ระดับประถมศึกษา ปีที่ ๔ – ๖ คนละไม่เกิน ๗,๐๐๐ บาทต่อปี ๑๑.๔ ระดับมัธยมศึกษา ปีที่ ๑ - ๓ คนละไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาทต่อปี ๑๑.๕ ระดับมัธยมศึกษา ปีที่ ๔ - ๖ หรือเทียบเท่า คนละไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาทต่อปี | - สำเนาทะเบียนบ้าน - สำเนาบัตรประชาชน- สำเนาสูติบัตร - สำเนาทะเบียนสมรส- ใบเสร็จรับเงิน - หลักฐานการจดทะเบียนรับรองบุตร- ใบเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร (แบบ๗๒๒๓)**หมายเหตุ** ๑.จ่ายปีการศึกษาละ ๒ ครั้ง๒.ใบเสร็จให้เบิกได้ภายในปีการศึกษาเท่านั้น |

**เอกสารแนบบันทึกข้อความการขออนุมัติการเบิกสินไหมทดแทน ประกันบูพา**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **✓** | **หลักเกณฑ์การจ่าย** | **หลักฐานการจ่าย** |
|  | 1. **เข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน**

 **กรณีเข้ารักษาที่สถานพยาบาลนอกเครือข่ายของบูพา หรือไม่ได้ยื่นบัตรบูพา** | - ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง -ใบรับรองแพทย์- ใบรับเงินค่าสินไหมของบูพา (Bupa Claim Reimbursement Form)- สำเนาหน้าบัญชีสำหรับการโอนเงินในครั้งแรก (หรือกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงบัญชีการโอนเงิน)- นำส่งเอกสารทั้งหมดใส่ซองธุรกิจตอบรับ (โดยไม่ต้องติดแสตมป์), ไปรษณีย์ลงทะเบียน หรือ ไปรษณีย์ด่วนพิเศษ (EMS)**หมายเหตุ** - ต้องชำระค่ารักษา พยาบาลของท่านเองก่อนเสมอ - ผู้เอาประกันจะต้องดำเนินการเรียกร้องค่าสินไหมภายใน 90 วัน หลังออกกจากโรงพยาบาล  |
|  | ๒.**เข้ารับการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก** **กรณีเข้ารักษาที่สถานพยาบาลนอกเครือข่ายของบูพา หรือไม่ได้ยื่นบัตรบูพา** | - ใบรับเงินค่าสินไหม (Claim Reimbursement) \*\*แบบฟอร์ม F-FA-18\*\*- ใบเสร็จรับเงินตัวจริงที่ระบุรายละเอียดค่าใช้จ่าย- ใบรับรองแพทย์ที่ระบุการวินิจฉัยและการรักษา หรือ ใบรายงานการรักษา (Attending Physician’s Report) \*\*แบบฟอร:ม F-CL-16\*\*- สำเนาบัตรสมาชิกบูพา - - นำส่งเอกสารทั้งหมดใส่ซองธุรกิจตอบรับ (โดยไม่ต้องติดแสตมป์), ไปรษณีย์ลงทะเบียน หรือ ไปรษณีย์ด่วนพิเศษ (EMS) **หมายเหตุ** ผู้เอาประกันจะต้องดำเนินการเรียกร้องค่าสินไหมภายใน 90 วัน หลังจากได้เข้ารับการรักษาพยาบาล |

* ฝ่ายสินไหมทดแทน บริษัท บูพา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 38 อาคารคิวเฮาส: คอนแวนต: ชั้น 9 ถนนคอนแวนต: แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

• ในกรณีที่ท่านนำส่งเอกสารครบถ้วนและบูพาไม่ต้องการร้องขอข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติมในการพิจารณาให้ความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลของท่าน เอกสารของท่านจะได้รับการพิจารณาให้แล้วเสร็จภายใน 7 วัน