

บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด(มหาชน)
0-2589-0224 (Email : thaigroup2000@yahoo.co.th)
ใบคำร้องขอรับค่าสินไหมทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ

ลำดับที่ในชั้นเรียน.....หน้า.....ลำดับที่เบิก.....
2563/M001 A.๑01 วันที่เขียนเคลม...../...../.....

สถานศึกษา **มหาวิทยาลัยสวนดุสิต**

กรมธรรม์เลขที่ **PS004171-2ONBK**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานอุบัติเหตุข้างล่างนี้เป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าสร้างทำขึ้นหรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือ
บิดเบือนความจริงใด ๆ บริษัทฯ มีสิทธิปฏิเสธสินไหมใด ๆ หรือเรียกคืนสินไหมใด ๆ จากข้าพเจ้าได้ทันที ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้หนังสือฉบับนี้
หรือสำเนาหนังสือฉบับนี้แทนหนังสือมอบอำนาจ เพื่อให้สถานพยาบาลที่ทำการรักษาพยาบาลเกิดเหตุประวัติดังกล่าวรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

เพื่อสิทธิการรับเงินที่รวดเร็ว โปรดกรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกช่องด้วยลายมือที่อ่านง่าย

- 1 ผู้รับอุบัติเหตุ.....เลขบัตรประชาชน.....อายุ.....ปี...../.....
โปรแกรมวิชา.....รหัสประจำตัว.....O ภาคปกติ O ภาคสมทบ O ศูนย์.....
ที่อยู่ติดต่อได้.....
โทร.(บ้าน) 0-2.....โทร.(ที่ทำงาน) 0-2.....มือถือ.....
- 2 วันที่เกิดอุบัติเหตุ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.256.....เวลา.....นาฬิกา
- 3 สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Oสถานศึกษา Oบ้าน Oอื่น ๆ (โปรดระบุให้ชัดเจน)
- 4 อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดบรรยายสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด)
- 5 อวัยวะและอาการที่ได้รับบาดเจ็บ (โปรดระบุโดยชัดเจน)
- 6 กรณีเกิดจากอุบัติเหตุจราจร ท่านโดยสารหรือขับรถยนต์หมายเลขทะเบียน.....รถคู่กรณีของท่านหมายเลขทะเบียน.....
- 7 ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา.....Oสิทธิบัตรทอง.....บาท Oสิทธิเบิกพรบ.....บาท
O ได้แบบ ใบเสร็จรับเงิน **ฉบับจริง** จำนวน.....ฉบับ รวมเงินตามใบเสร็จ.....บาท (เบิกได้.....บาท 120000-10000)
O ได้แบบ ใบรับรองแพทย์ **ฉบับจริง** จำนวน.....ฉบับ Oสำเนาหน้าบัญชีธนาคาร Oสำเนามัตราประชาชน Oสำเนามัตรนักเรียน/นักศึกษา
O ได้แบบ ใบสรุปรายการการรักษา จำนวน.....ฉบับ (กรณีใบเสร็จไม่มีรายละเอียดการรักษา-ใบเสร็จเป็นใบบวกเลข-การนอนพักรักษาตัวในฐานะผู้ป่วยใน)
O ได้แบบ บันทึกประจำวันจากตำรวจ จำนวน.....ฉบับ (กรณีมีเหตุจราจร-ถูกชนควรถวายค่าเสียหาย-รายละเอียด-ผลการเกิดอุบัติเหตุ-ผลการเกิดอุบัติเหตุ-ผลการเกิดอุบัติเหตุ)
O ได้แบบ ประวัติการรักษายาบาล จำนวน.....ฉบับ (กรณีเป็นผู้ป่วยในหรือกรณีที่มีบันทึกต้องการให้แสดง โดยสังเกตที่ใบเสร็จ จะมีคำห้อง-คำอาหาร)
O ได้แบบ เอกสารอื่น ๆ ประกอบ จำนวน.....ฉบับ ดังนี้.....

1 ก.ค. 63 - 1 ก.ค. 67

ป ร ร ะ ท ธิ บ ต ร ร าส ท าน ศ ี ก ษ า

เพื่อรับรองว่าเป็นนักเรียน นักศึกษา ที่มีการทำประกันจริง

ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้อง
(.....)

ในฐานะที่เป็น Oผู้ได้รับอุบัติเหตุ Oผู้ปกครอง Oเจ้าหน้าที่สถานศึกษา Oผู้รับมอบอำนาจ

- 1 สำเนาใบเสร็จรับเงิน ใบแทนใบเสร็จรับเงิน ใบเสร็จที่ไม่ระบุรายละเอียดการรักษา ไม่ว่ากรณีใด ๆ ไขเบิกไม่ได้
- 2 การสิ้นสุดความคุ้มครอง :- ในวันที่กรมธรรม์สิ้นสุด หรือ ในวันที่พ้นสภาพการเป็นนักเรียน นักศึกษา ของสถานศึกษาที่เอาประกันภัย
- 3 ในกรณีสูญเสียชีวิต (โปรดกรอกรายละเอียด ไม่ใบคำร้องขอรับสินไหมทดแทนแนบมา ให้ครบทุกช่อง)
(เตรียมเอกสารรายการ 2 ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องด้วยลายเซ็นที่เกี่ยวข้องทั้ง 2 ชุดโดยผู้รับผิดชอบ โดยส่งวันดีรับรองสำเนาเอกสารด้วย)
O 3.1 สำเนา บัตรประชาชน ของ Oผู้เสียชีวิต Oบิดา Oมารดา Oผู้รับผลประโยชน์ Oใบเกิด(กรณีเป็นผู้เยาว์)
O 3.2 สำเนา ทะเบียนบ้าน ของ Oผู้เสียชีวิต Oบิดา Oมารดา Oผู้รับผลประโยชน์ (ต้องมีสำเนาที่เห็นบ้านเลขที่และประทับคำว่า "ตาย" ในช่องผู้เสียชีวิต)
O 3.3 สำเนา Oรายงานการตรวจศพจากสถาบันนิติเวช Oใบขึ้นสูตรพลศพจากสถาบันนิติเวช Oหนังสือรับรองการตาย (โดยมีผลตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด)
O 3.4 สำเนา ใบมรณบัตร (ชื่อ - นามสกุลบิดา - มารดาของผู้เสียชีวิตในใบมรณบัตร ต้องตรงกับชื่อ - นามสกุลบิดา - มารดา ในทะเบียนบ้านด้วย)
O 3.5 บันทึกประจำวันจากสถานีตำรวจโดยรับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจเจ้าของคดี (ที่ระบุชื่อผู้เสียชีวิต-ระบุสาเหตุ-รายละเอียด-ผลการเกิดอุบัติเหตุ-ผลของคดี)
O 3.6 สำเนา ใบเปลี่ยนชื่อ -นามสกุล Oผู้เสียชีวิต Oบิดา Oมารดา Oสำเนาทะเบียนสมรส Oสำเนาทะเบียนหย่า Oสำเนาใบมรณบัตร Oบิดา Oมารดา (ถ้ามี)
O 3.7 หลักฐานการจ่ายเงินใหม่จากบริษัทประกันภัยอื่น (ถ้ามี การเบิกจากบริษัทประกันภัยอื่นมาก่อน)
O 3.8 เอกสารอื่นใดเพื่อใช้ในการประกอบการพิจารณาจ่ายสินไหม เช่น ผลการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด ผลคดีทางศาล ฯลฯ (กรณีมีบริษัทฟ้องการโดยแจ้งให้ทราบภายหลัง)

150