

# แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุกลุ่ม สำหรับนักเรียน นิสิต นักศึกษา และบุคลากรทางการศึกษา

- ค่าชดเชย/ค่าใช้จ่ายสำหรับการเข้าใช้/ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง กรณีรักษาตัวเป็นผู้ป่วยนอก  ค่าชดเชย/ค่าใช้จ่ายสำหรับการเข้าใช้/ค่าใช้จ่ายในการเดินทางกรณีรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน
- ค่ารักษาพยาบาล  ทูพพลภาพดาวสิ้นเชิง  สูญเสียอวัยวะ  เสียชีวิต

## ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

เลขที่กรมธรรม์ ..... สถานศึกษา ..... บริษัท .....  
ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย ..... เพศ ..... อายุ ..... ปี เลขที่บัตรประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง .....  
เบอร์ติดต่อ ..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ .....

## รายละเอียดการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่เข้ารับรักษา ..... / ..... / ..... วันที่ออกโรงพยาบาล ..... / ..... / ..... สถานพยาบาล ..... ประเภทการรักษา  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ICU  
รายละเอียดการเกิดเหตุ .....

กรณีประสบเหตุจากยานพาหนะ ขณะเกิดเหตุผู้เอาประกันภัย  ผู้ขับขี่  ผู้โดยสาร  อื่นๆ ..... ประเภทยานพาหนะ  รถยนต์  รถจักรยานยนต์  อื่นๆ .....

วันที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย(วันที่เกิดเหตุ) ..... / ..... / ..... เวลาที่เกิดเหตุ ..... สถานที่เกิดเหตุ .....

วันที่พบแพทย์ครั้งแรก ..... / ..... / ..... สถานพยาบาล ..... ค่าใช้จ่ายหรือใช้สิทธิไปแล้วจำนวน ..... บาท  ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน  
จำนวนเงินเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ครั้งนี้ ..... บาท คำอภัยร ( ..... ) ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ) จำนวน ..... ฉบับ

## ช่องทางการขอรับเงินค่าสินไหมทดแทน

- โอนผ่านบัญชีธนาคารผู้เอาประกันภัย (กรุณาแนบสำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีธนาคารพร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง)  
ชื่อบัญชี ..... ธนาคาร ..... เลขที่บัญชี .....
- โอนผ่านบัญชีธนาคารผู้รับประโยชน์ หรือ บิดา มารดา หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรุณาแนบสำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีธนาคารพร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง)  
ผู้รับเงิน ชื่อ - สกุล ..... เลขประจำตัวประชาชน .....  
ชื่อบัญชี ..... ธนาคาร ..... เลขที่บัญชี .....
- กรุณาระบุความสัมพันธ์ .....
- โอนผ่านบัญชีธนาคารสถาบันการศึกษา/บัญชีครูผู้ประสานงาน (กรุณาแนบสำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีธนาคารพร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง)  
ผู้รับมอบอำนาจ สถาบันการศึกษา/ครูผู้ประสานงาน ..... เลขประจำตัวผู้เสียภาษี/เลขประจำตัวประชาชน .....  
ชื่อบัญชี ..... ธนาคาร ..... เลขที่บัญชี .....

กรณีขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคารสถาบันการศึกษา/บัญชีครูผู้ประสานงาน ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้สถาบันการศึกษา/ครูผู้ประสานงานรับฝากเงินค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทผู้รับประกัน และนำส่งเงินค่าสินไหมทดแทนแก่ข้าพเจ้า โดยไม่ชักช้า ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการกระทำที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปนั้นเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ

## คำรับรอง / ให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัทฯเปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าแก่บริษัทประกันภัยต่อ ตัวแทน หรือผู้แทนบริษัท ผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือ บริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆที่เกี่ยวกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯตามเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดแล้วและตกลงรับการชดใช้เงินค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทฯ ตามช่องทางขอรับเงินค่าสินไหมทดแทนข้างต้น เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ อนึ่ง สำเนาคำรับรอง/ให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

(.....) (.....) (.....) (.....)

ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับประโยชน์ ผู้ให้ความยินยอมกรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ (ป.พ.พ.มาตรา 21) พยาน พยาน  
วันที่ ..... / ..... / ..... ในฐานะ  บิดา มารดา  ผู้แทนโดยชอบธรรม วันที่ ..... / ..... / ..... วันที่ ..... / ..... / .....  
วันที่ ..... / ..... / ..... วันที่ ..... / ..... / .....  
กรณีสละนามโดยวิธีพิมพ์ลายนิ้วมือพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

