

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุนักเรียน นักศึกษา (Student Accident Claims Form)

บริษัทผู้รับประกัน.....

กรมธรรม์เลขที่ :.....	วันที่รับแจ้ง...../...../.....เวลา.....น.
ชื่อสถาบันการศึกษา:.....	

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ชื่อผู้เอาประกันภัย

นาย/นาง/น.ส. อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน.....เลขประจำตัวนักศึกษา.....

ระดับ..... ชั้นปีที่..... โทรศัพท์

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

จำนวนเงินที่เบิกเป็นเงิน..... บาท ตัวอักษร (.....) ใบเสร็จรับเงิน.....ฉบับ

วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....

รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ (โดยละเอียด)

.....

.....

.....

.....

การเจ็บป่วย/การเกิดเหตุครั้งนี้ท่าน ☐ ไม่เคยรักษาที่ไหนมาก่อน ☐ เคยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาล.....เมื่อวันที่.....

โดยได้ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท ยังคงเหลือเงินตามสิทธิสำหรับค่ารักษาพยาบาลอีก.....บาท

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัทประกันภัยชื่อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบมอบอำนาจนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับ ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

(ประทับตราสถานศึกษา)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย วันที่.....

สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษากรณี

ชื่อ-สกุลผู้บาดเจ็บ..... HN..... วันที่ทำการตรวจรักษา.....เวลา.....น.

ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา.....

สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ (Case of accident)

.....

อาการบาดเจ็บที่ได้รับ (Illness / Injury)

.....

การวินิจฉัยโรคมีความเห็นว่า (Diagnosis)

.....

(ประทับตราสถานพยาบาล)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา

(.....)

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ วันที่ลงความเห็น.....