

# เมืองไทยประกันภัย

MUANG THAI INSURANCE

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่สถาบัน

วันที่ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ใบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ  
สำหรับ นักศึกษา และบุคลากร โรงเรียนสาธิตอนุบาลราชวมงคล  
(โปรดกรอกข้อความในแบบฟอร์มนี้โดยละเอียดทุกข้อ ถ้าข้อใดไม่มีข้อมูลให้ขีดฆ่าออก)

1. ชื่อ - นามสกุล ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุ \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี  
รหัสประจำตัว \_\_\_\_\_ คณะ \_\_\_\_\_ ชั้นปีที่ \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่ติดต่อสะดวก) \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

สถานะภาพ  นักศึกษา  บุคลากรมหาวิทยาลัย

2. วันที่เกิดเหตุ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ น. สถานที่เกิดเหตุ \_\_\_\_\_

ขณะนั้นท่านกำลังทำอะไรอยู่ \_\_\_\_\_

อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร \_\_\_\_\_

ลักษณะของการบาดเจ็บ \_\_\_\_\_ อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ \_\_\_\_\_

ชื่อผู้เห็นเหตุการณ์ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_  ไม่มี  มีการแจ้งความ ณ \_\_\_\_\_ เมื่อวันที่ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

กรณีเกิดอุบัติเหตุทางจราจรกรุณาระบุหมายเลขทะเบียนรถยนต์ หรือรถจักรยานยนต์ \_\_\_\_\_

รับการรักษาพยาบาลที่ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

3. การบาดเจ็บครั้งนี้ ท่าน  มีสิทธิ  ไม่มีสิทธิ ได้รับค่าทดแทนจากบริษัทอื่นหรือหน่วยงานใด หรือไม่ ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด \_\_\_\_\_

4. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เป็นจำนวนเงิน \_\_\_\_\_ บาท ดังนี้

ค่ารักษาพยาบาล ( ) ครั้งแรก ( ) ต่อเนื่อง  สูญเสียอวัยวะ  ทูพพลภาพ

เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ  เสียชีวิตเนื่องจากสุขภาพ

สินไหมทดแทนกรุณาส่งเช็คจ่ายในนาม \_\_\_\_\_ หรือโอนเข้าบัญชี (แนบสำเนาสมุดเงินฝาก หน้าที่มีเลขที่บัญชี)

ชื่อบัญชี (ผู้เอาประกันภัย) \_\_\_\_\_ เลขที่บัญชี \_\_\_\_\_

ธนาคาร \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_ ประเภทบัญชี \_\_\_\_\_

พร้อมนี้ได้แนบเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนดังนี้

ใบเสร็จรับเงิน **ฉบับจริง** จำนวน \_\_\_\_\_ ฉบับ  ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง จำนวน \_\_\_\_\_ ฉบับ

ใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล จำนวน \_\_\_\_\_ ฉบับ  พิล์มเอ็กซเรย์ หรือ ผลอ่าน จำนวน \_\_\_\_\_ ฉบับ

ใบบันทึกประจำวันจากสถานีตำรวจ จำนวน \_\_\_\_\_ ฉบับ  สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย  สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับประโยชน์

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์  ใบชั้นสูตรพลิกศพ  ใบมรณบัตร

เอกสารอื่นๆประกอบ ดังนี้ \_\_\_\_\_

\* หมายเหตุ 1. กรณีกระดูกหักหรือร้าว โปรดส่งผลอ่านฟิล์มให้บริษัทฯด้วยทุกครั้ง

2. กรณีเป็นคดีความ โปรดส่งผลสรุปคดีจากสถานีตำรวจให้บริษัทด้วย

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า รายงานอุบัติเหตุข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือเป็นความเท็จ หรือปลอมแปลงเอกสารบิดเบือน หรือปิดบังความจริงใดๆ บริษัท มีสิทธิปฏิเสธสินไหมใดๆ หรือเรียกคืนสินไหมใดๆ จากข้าพเจ้าได้ทันที ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ทำการรักษา หรือโรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาล แถลงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด ได้ทุกประการ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้แจ้งและให้ข้อมูล

ในฐานะเป็น  ผู้ได้รับอุบัติเหตุ  ผู้ปกครอง  เจ้าหน้าที่สถาบัน  ผู้รับมอบอำนาจ