

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุกลุ่ม สำหรับนักเรียน นิสิต นักศึกษา และบุคลากรทางการศึกษา

☐ ค่าชดเชย/ค่าใช้จ่ายสำหรับการเผ่าไข้/ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง กรณีรักษาตัวเป็นผู้ป่วยนอก

☐ ค่าชดเชย/ค่าใช้จ่ายสำหรับการเผ่าไข้/ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง กรณีรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน

☐ ค่ารักษาพยาบาล

☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

☐ 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

วันที่ได้รับบาดเจ็บหรือป่วย(วันที่เกิดเหตุ) เวลาที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ

วันที่พบแพทย์ครั้งแรก ค่าระงับเงินเองหรือใช้สิทธิไปแล้ว บาท ☐ ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน

จำนวนเงินเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ครั้งนี้ บาท ตัวอักษร (.....) ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ) จำนวน ฉบับ

ช่องทางการขอรับเงินค่าสินไหมทดแทน

☐ โอนผ่านบัญชีธนาคารผู้เอาประกันภัย (กรุณาระบุสำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีธนาคารพร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง)

ชื่อบัญชี ธนาคาร เลขที่บัญชี

☐ โอนผ่านบัญชีธนาคารผู้รับผลประโยชน์ หรือ บิดา มารดา หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรุณาระบุสำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีธนาคารพร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง)

ผู้รับเงิน ชื่อ-สกุล เลขประจำตัวประชาชน

ชื่อบัญชี ธนาคาร เลขที่บัญชี

กรรมการระบุความสัมพันธ์

☐ โอนผ่านบัญชีธนาคารสถาบันการศึกษา/บัญชีครูผู้ประสานงาน (กรุณาระบุสำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีธนาคารพร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง)

ผู้รับมอบอำนาจ สถาบันการศึกษา/ครูผู้ประสานงาน เลขประจำตัวผู้เสียภาษี/เลขประจำตัวประชาชน

ชื่อบัญชี ธนาคาร เลขที่บัญชี

กรณีขอรับเงินผ่านบัญชีธนาคารสถานศึกษา/บัญชีครูผู้ประสานงาน ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้สถาบันการศึกษา/ครูผู้ประสานงานรับฝากเงินค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทผู้รับประกัน และนำส่งเงินค่าสินไหมทดแทนแก่ข้าพเจ้าโดยไม่ชักช้า ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการกระทำที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปนั้นเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ

คำรับรอง / ให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้บริษัทฯเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าแก่บริษัทประกันภัยต่อตัวแทน หรือ ผู้แทนบริษัท ผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับการเรียกร้องสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯตามเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดแล้ว และตกลงรับการชดใช้เงินค่าสินไหมทดแทนจากบริษัทฯ ตามช่องทางการขอรับเงินค่าสินไหมทดแทนข้างต้น

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ณี่นี้ สำเนาคำรับรอง/ให้ความยินยอมฉบับนี้ให้อีกว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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

ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับประโยชน์

ผู้ให้ความยินยอมกรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ(ป.พ.พ.มาตรา21)

พยาน

พยาน

วันที่/...../.....

ในฐานะ ☐ บิดา มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม

วันที่/...../.....

วันที่/...../.....

วันที่/...../.....

กรณีลงนามโดยวิธีพิมพ์ลายนิ้วมือพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

เอกสารที่ใช้ประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุกลุ่ม สำหรับนักเรียน นิสิต นักศึกษา และบุคลากรทางการศึกษา

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล(สำรองจ่าย)

(กรณีข้อมูลผู้ประกอบการตามเอกสารขออื่นๆ สอดคล้องไม่ตรงกับข้อมูลผู้ประกอบการตามข้อมูลระบบประกันภัยของบริษัทฯ และกรณีผู้ประกอบการเป็นบุคคลไม้มากฐานทางทะเบียนราษฎร)

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ขาดเขยรายได้ค่าใช้จ่ายสำหรับการเผ่าไข้ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง กรณีรักษาตัวเป็นผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน จากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย

(กรณีชื่อผู้เอาประกันตามเอกสารข้ออื่นๆ สะกดไม่ตรงกับชื่อผู้เอาประกันภัยตามข้อมูลรับประกันภัยของบริษัทฯและ กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นบุคคลไม่มีหลักฐานทางทะเบียนราษฎร)

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์การสูญเสียอวัยวะ สูญเสียการมองเห็น หรือทพลาพาการสิ้นเชิง

(9) ผลเอกซเรย์/ CT scan/ MRI สำเนาบันทึกรายงานประจำวันเกี่ยวกับคดีของสถานีตำรวจ(ถ้ามี) และ เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (กรณีจำเป็นต้องใช้ประกอบการพิจารณาตามที่บริษัทฯ ร้องขอ)

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์การเสียชีวิต

(10) สำเนารายงานสถาบันนิติเวชศาสตร์ ผลการตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดรับรองสำเนาถูกต้องโดยหน่วยงานที่ออกให้ (กรณีจำเป็นต้องใช้ประกอบการพิจารณาตามที่บริษัท