

ใบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ

สำหรับ นักศึกษา และบุคลากร มหาวิทยาลัยศรีปทุม

(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 ☐ ทุพพลภาพ
☐ เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ ☐ เสียชีวิตเนื่องจากสุขภาพ
สินไหมทดแทนกรุณาสั่งเช็คจ่ายในนาม _____ หรือโอนเข้าบัญชี (แนบสำเนาสมุดเงินฝาก หน้าที่มีเลขที่บัญชี)
ชื่อบัญชี (ผู้เอาประกันภัย) _____ เลขที่บัญชี _____
ธนาคาร _____ สาขา _____ ประเภทบัญชี _____

พร้อมนี้ได้แนบเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนดังนี้

- | | |
|--|--|
| ☐ ใบเสร็จรับเงิน ฉบับจริง จำนวน _____ ฉบับ | ☐ ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง จำนวน _____ ฉบับ |
| ☐ ใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล จำนวน _____ ฉบับ | ☐ फिल्मเอกซเรย์ หรือ ผลอ่าน จำนวน _____ ฉบับ |
| ☐ ใบบันทึกประจำวันจากสถานีตำรวจ จำนวน _____ ฉบับ | ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย | ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับประโยชน์ |
| ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ | ☐ ใบขึ้นสูตรพลิกศพ ☐ ใบมรณบัตร |
| ☐ เอกสารอื่นๆประกอบ ดังนี้ _____ | |

* หมายเหตุ 1. กรณีกระดูกหักหรือร้าว โปรดส่งผลอ่านฟิล์มให้บริษัทด้วยทุกครั้ง

2. กรณีเป็นคดีความ โปรดส่งผลสรุปคดีจากสถานีตำรวจให้บริษัทด้วย

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

ลงชื่อ _____ ผู้แจ้งและให้ข้อมูล
ในฐานะเป็น ☐ ผู้ได้รับอุบัติเหตุ ☐ ผู้ปกครอง ☐ เจ้าหน้าที่สถาบัน ☐ ผู้รับมอบอำนาจ

กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาลจากการบาดเจ็บ เนื่องจากอุบัติเหตุ

หลักฐานที่ต้องการ

1. ใบเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ ซึ่งกรอกรายละเอียดครบถ้วน
2. หลักฐานทางการแพทย์ เช่น ใบรับรองแพทย์ ผลการรักษา หรือผลอ่านฟิล์ม
3. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลตัวจริง (ต้นฉบับ)
4. กรณีถูกทำร้ายร่างกายต้องแนบบันทึกประจำวันจากสถานีตำรวจ โดยแจ้ง ณ วันที่เกิดเหตุ หรือโดยเร็วที่สุด
5. ส่งใบเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทน และเอกสารหลักฐานที่บริษัทฯ ต้องการให้กับเจ้าหน้าที่สถาบันการศึกษา

หมายเหตุ

1. สำเนาใบเสร็จรับเงินไม่สามารถนำมาใช้เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ว่ากรณีใดๆ กรณีที่ใช้สลิปใบเสร็จรับเงิน ให้แนบบใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลนั้นมาด้วย
2. การสิ้นสุดความคุ้มครอง
 - 2.1 ในวันที่กรมธรรม์ประกันภัยนี้สิ้นสุดลงหรือ
 - 2.2 ในวันที่สิ้นสุดสภาพการเป็นนักเรียน นิสิต นักศึกษา หรือ การสิ้นสุดการจ้างของสถาบันที่เอาประกันภัย
3. ในกรณีสูญเสียชีวิต โปรดแนบเอกสารทุกรายการจำนวน 2 ชุด ดังนี้ (กรุณาเซ็นสำเนาถูกต้องทุกหน้า)
 - 3.1 สำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต บิดา มารดา (กรณีผู้เสียชีวิตเป็นผู้เยาว์โปรดแนบบใบสูติบัตร)
 - 3.2 ใบขึ้นสูตรพลิกศพจากสถาบันนิติเวช
 - 3.3 บันทึกประจำวัน จากสถานีตำรวจ
 - 3.4 ผลสรุปคดี
 - 3.5 ใบมรณบัตร
 - 3.6 ใบเปลี่ยนชื่อ นามสกุล ผู้เสียชีวิต บิดา มารดา (ถ้ามี)
 - 3.7 หนังสือรับรองสถานะโสด
 - 3.8 หนังสือรับรองบุคคล (กรณีที่ใบมรณบัตรไม่ระบุเลขบัตรประชาชนบิดามารดา)
 - 3.9 หนังสือรับรองบิดามารดาไม่จดทะเบียน (ใช้ในกรณีที่บิดามารดาไม่ได้จดทะเบียนสมรส)
 - 3.10 เอกสารอื่นๆ เพื่อใช้ในการพิจารณาจ่ายสินไหมทดแทนในกรณี ที่บริษัทฯ ต้องการ
(บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะแจ้งให้ทราบภายหลัง)

