

ใบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ
สำหรับ นักศึกษา และบุคลากร มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย
(โปรดกรอกข้อความในใบแบบฟอร์มนี้โดยละเอียดทุกข้อ 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 ____/____/____

กรณีเกิดอุบัติเหตุทางจราจร กรุณาระบุหมายเลขทะเบียนรถยนต์ หรือรถจักรยานยนต์ _____

รับการรักษาพยาบาลที่ _____ โทรศัพท์ _____

3. การบาดเจ็บครั้งนี้ ท่าน มีสิทธิ ไม่มีสิทธิ ได้รับค่าทดแทนจากบริษัทอื่นหรือหน่วยงานใด หรือไม่ ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด _____

4. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เป็นจำนวนเงิน _____ บาท ดังนี้

ค่ารักษาพยาบาล () ครั้งแรก () ต่อเนื่อง

สูญเสียอวัยวะ

ทูพพลภาพ

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

ใบชั้นสุตรพลิกศพ 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 แดงชื่อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้ทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้แจ้งและให้ข้อมูล

ในฐานะเป็น ผู้ได้รับอุบัติเหตุ ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สถาบัน ผู้รับมอบอำนาจ

กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาลจากการบาดเจ็บ เนื่องจากอุบัติเหตุ

หลักฐานที่ต้องการ

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

หมายเหตุ

1. สำเนาใบเสร็จรับเงินไม่สามารถนำมาใช้เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ว่ากรณีใดๆ กรณีที่ใช้สติปใบเสร็จรับเงิน ให้แนบใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลนั้นมาด้วย
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 ใบชั้นสุดรพเลิกศพจากสถาบันนิติเวช
 - 3.3 บันทึกประจำวัน จากสถานีตำรวจ
 - 3.4 ใบมรณบัตร
 - 3.5 หนังสือรับรองสถานะโสด
 - 3.6 หนังสือรับรองบิดามารดาไม่จดทะเบียนสมรส (กรณีบิดามารดาไม่จดทะเบียนกัน)
 - 3.7 ใบเปลี่ยนชื่อ นามสกุล ผู้เสียชีวิต บิดา มารดา (ถ้ามี)
 - 3.8 เอกสารอื่นๆ เพื่อใช้ในการพิจารณาจ่ายสินไหมทดแทนในกรณี ที่บริษัทฯ ต้องการ (บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะแจ้งให้ทราบภายหลัง)