

บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด(มหาชน)

0-2589-0224 (Email : thaigroup2000@yahoo.co.th)

ใบคำร้องขอรับค่าสินไหมทดแทนเมืองจากอุบัติเหตุ

ลำดับที่ในชื่นเรียน.....หน้า.....ลำดับที่เบิก.....

2563/MO37 ภาคใต้ วันที่เขียนแคลม...../...../.....

สถานศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนราธิราษฎร์

กรมการมลพิษที่ PS004149(49-54)-20NBK

ข้อเจ้าขอรับรองว่ารายงานอุบัติเหตุข้างล่างนี้เป็นความจริงทุกประการ
นักเรียนที่มีส่วนได้เสียที่ไม่ได้ระบุชื่อในแบบฟอร์ม
นักเรียนที่มีส่วนได้เสียที่ไม่ได้ระบุชื่อในแบบฟอร์ม
นักเรียนที่มีส่วนได้เสียที่ไม่ได้ระบุชื่อในแบบฟอร์ม

หากพบว่าสร้างทำเท็จปลอมแปลงเอกสาร ปิดเป็นหรือ

ให้สำเนาหนังสือฉบับนี้แก่หน่วยงานใดๆ ก็ตามที่จะได้รับหนังสือฉบับนี้

เพื่อให้สถานพยาบาลที่ทำการรักษาพยาบาลเบิกเบ็ดและวิเคราะห์รักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

เพิกถอนการรับเงินที่รวดเร็ว โปรดกรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกช่องด้วยลายมือที่อ่านง่าย

1 ผู้รับอุบัติเหตุ..... เลขบัตรประชาชน..... อายุ.....ปี อั้น...../.....

ประเภทวิชา..... รหัสประจำตัว..... ภาคปกติ ภาคสมบูรณ์.....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

โทร.(บ้าน) 0-2..... โทร.(ที่ทำงาน) 0-2..... มือถือ

2 วันที่เกิดอุบัติเหตุ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.256..... เทศ..... นาฬิกา.....

3 สถานที่ เกิดอุบัติเหตุ สถานศึกษา บ้าน บ้าน (เมือง/หมู่ที่ชั้นเรียน)

4 อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (เมื่อมารายงานเหตุการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด)

5 ข้อแนะนำของครุภัณฑ์ที่ได้รับบาดเจ็บ (เมฆะรบุโภชณ์ฯ)

6 กรณีเกิดจากอุบัติเหตุระหว่าง ทำนงค์สารหรือขับรีบหมายเลขอหงส์เมียน..... ภารกุรกรรมของท่านหมายเลขอหงส์เมียน.....

7 ข้อสอบถามเพียงมาสั่งที่รับการรักษา 0สิทธิ์ตราชอง..... ปาน 0สิทธิ์เบิกพวน..... บาน

0 ได้เมม ใบเสร็จรับเงิน จำนวน..... ฉบับ รวมเงินตามใบเสร็จ..... บาน (เบิกได้..... บาน 150000-12000

0 ได้เมม ในรับรองแพทย์ จำนวน..... ฉบับ 0จำนวนหน่วยน้ำหนักอาหาร 0จำนวนประชากวน 0จำนวนน้ำทรัพยาเรย์น/น้ำก็อกน้ำ

0 ได้เมม ในสรุปรายการการรักษา จำนวน..... ฉบับ (กรณีใบเสร็จไม่มีรายละเอียดการรักษา-ไม่แจ้งเป็นไปตามเชิง-การอนุมัติการรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยใน)

0 ได้เมม บันทึกประจำวันจากทั่วราช จำนวน..... ฉบับ (กรณีบันทึกครุภัณฑ์-ยกเว้นกรณีที่มีรายละเอียด-ทางการแพทย์ต้องแจ้งให้ทราบ ให้เขียนลงในหน้าอุดต้องของทั่วราชที่ต้องระบุ)

0 ได้เมม ประวัติการรักษาพยาบาล จำนวน..... ฉบับ (กรณีเป็นผู้ป่วยในหรือกรณีที่บริษัทต้องการให้แสดง โดยตั้งเกตุที่ใบเสร็จ จะมีค่าห้อง-ค่าอาหาร)

0 ได้เมม เอกสารอื่นๆ ประคบคาย จำนวน..... ฉบับ ดังนี้.....

15 พ.ค. 63 - 1 ม.ค. 63

ประทับตราสถานศึกษา

เพื่อรับรองว่าเป็นนักเรียน นักศึกษา ที่มีการทำประกันตน

ลงชื่อ..... ผู้เรียกร้อง
(.....)

ในฐานะที่เป็น 0ผู้ได้รับอุบัติเหตุ 0ผู้ป่วยของ 0เจ้าหน้าที่สถานศึกษา 0ผู้รับมอบอำนาจ

- 1 สำเนาใบเสร็จรับเงิน ใบแทนใบเสร็จรับเงิน ใบเสร็จที่ไม่ระบุรายละเอียดการรักษา ไม่ว่ากรณีใด ให้เบิกໄนได้
- 2 การสืบสุกดความคุ้มครอง : ในวันที่กรมธรรม์สัมสุด หรือ ในวันที่นักส่งเสริมการขายเป็นนักเรียน นักศึกษา ของสถานศึกษาที่เข้าประกันภัย
- 3 ในการสืบสุกด้วยวิธี (โปรดกรอกรายละเอียด ในใบคำร้องขอรับเงินไหมทดแทนนี้ ให้ครบถ้วน)
(เครื่องหมายการันต์ทุกรายการ 2 ชุด พร้อมบัตรประจำตัวประชาชน 2 ชุดโดยผู้รับรองฟ้าฯ ออกโดยผู้รับรองฟ้าฯ ออกโดยผู้รับรองฟ้าฯ)
- 3.1 สำเนาบัตรประชาชน ของ 0ผู้เดียวชีวิต 0บิดา 0มารดา 0ผู้รับผลประโยชน์ 0เบิกดิ (กรณีมีผู้เสียหาย)
- 3.2 สำเนาทะเบียนบ้าน ของ 0ผู้เดียวชีวิต 0บิดา 0มารดา 0ผู้รับผลประโยชน์ (ต้องมีส่วนที่เห็นบ้านเลขที่และประทับคำว่า "ถูก" ในร่องผู้เสียหาย)
- 3.3 สำเนา 0รายงานการตรวจสภาพอาชญากรรมนิติเวช 0ใบชี้สูตรพลิกสภาพอาชญากรรมนิติเวช 0นิ้วสื่อรับรองการตาย (โดยมีผลตรวจแสดงออกยลในเดือน)
- 3.4 สำเนา ใบมรณบัตร (ชื่อ - นามสกุลบิดา - นามสกุลแม่ - นามสกุลพี่น้อง 0ในเมืองบัตร ต้องตรงกับชื่อ - นามสกุลบิดา - นามสกุลแม่ ในทะเบียนบ้านด้วย)
- 3.5 บันทึกประจำวันจากสถานนิติรักษ์โดยบันทึกสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ที่าราจังค์ (ที่ระบุชื่อผู้เดียวชีวิต-ระบุสาเหตุ-วัยและเชื้อชาติ-ผลการเกิดอุบัติเหตุ-ผลของคดี)
- 3.6 สำเนา ใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล 0ผู้เดียวชีวิต 0บิดา 0มารดา 0สำเนาทะเบียนสมรส 0สำเนาทะเบียนยาตรา 0สำเนาใบมรณบัตร 0บิดา 0มารดา (ถ้ามี)
- 3.7 หลักฐานการย้ายสิ่งของจากบริษัทประกันภัยอื่น (ถ้ามี การเบิกจากบริษัทประกันภัยอื่นมาก่อน)
- 3.8 เอกสารอื่นใดเพื่อให้ในการประกอบการพิจารณาจ่ายสินไหม เนื่อง ผลการตรวจและก่อจดในเบื้องต้น ผลดีทางศาลฯ (กรณีที่บริษัทต้องการให้ยื่นมาภายหลัง)

100