

# เมืองไทยประกันภัย

MUANG THAI INSURANCE

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่สถานบัน  
วันที่ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ใบเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ  
สำหรับ นักศึกษา และบุคลากร โรงเรียนสาธิตอนุบาลราชวมงคล  
(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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
กรณีเกิดอุบัติเหตุทางจราจรกรุณาระบุหมายเลขทะเบียนรถยนต์ หรือรถจักรยานยนต์ \_\_\_\_\_  
รับการรักษาพยาบาลที่ \_\_\_\_\_ โทรศัพท์ \_\_\_\_\_
3. การบาดเจ็บครั้งนี้ ท่าน  มีสิทธิ  ไม่มีสิทธิ ได้รับค่าทดแทนจากบริษัทอื่นหรือหน่วยงานใด หรือไม่ ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด \_\_\_\_\_

4. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เป็นจำนวนเงิน \_\_\_\_\_ บาท ดังนี้
- ค่ารักษาพยาบาล ( ) ครั้งแรก ( ) ต่อเนื่อง  สูญเสียอวัยวะ  ทุพพลภาพ  
 เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ  เสียชีวิตเนื่องจากสุขภาพ
- สินไหมทดแทนกรุณาตั้งชื่อจ่ายในนาม \_\_\_\_\_ หรือโอนเข้าบัญชี (แนบสำเนาสมุดเงินฝาก หน้าที่มีเลขที่บัญชี)  
ชื่อบัญชี (ผู้เอาประกันภัย) \_\_\_\_\_ เลขที่บัญชี \_\_\_\_\_  
ธนาคาร \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_ ประเภทบัญชี \_\_\_\_\_
- พร้อมนี้ได้แนบเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนดังนี้
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน ฉบับจริง จำนวน _____ ฉบับ           | <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง จำนวน _____ ฉบับ             |
| <input type="checkbox"/> ใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล จำนวน _____ ฉบับ        | <input type="checkbox"/> พิธีเบิกทรัพย์ หรือ ผลอำนาจ จำนวน _____ ฉบับ        |
| <input type="checkbox"/> ใบยืนยันที่กประจำวันจากสถานีตำรวจ จำนวน _____ ฉบับ | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย          |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย                 | <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับประโยชน์           |
| <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์                  | <input type="checkbox"/> ใบขึ้นสูตรพลิกศพ <input type="checkbox"/> ใบมรณบัตร |
| <input type="checkbox"/> เอกสารอื่นๆประกอบ ดังนี้ _____                     |  |

\* หมายเหตุ 1. กรณีกระดุกหักหรือร้าว โปรดส่งผลอ่านฟิล์มให้บริษัทฯ ด้วยทุกครั้ง

2. กรณีเป็นคดีความ โปรดส่งผลสรุปคดีจากสถานีตำรวจให้บริษัทฯ ด้วย

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

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้แจ้งและให้ข้อมูล  
ในฐานะเป็น  ผู้ได้รับอุบัติเหตุ  ผู้ปกครอง  เจ้าหน้าที่สถานบัน  ผู้รับมอบอำนาจ