

สถานศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ กรมธรรม์เลขที่ PS004161-2-20NBK

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานอุบัติเหตุข้างล่างนี้เป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าสร้างทำขึ้นหรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือ
บิดบังความจริงใจ ฯ บริษัท ฯ มีสิทธิปฏิเสธสินไหมใด ฯ หรือเรียกคืนสินไหมใด ฯ จากข้าพเจ้าได้ทันที ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้หนังสือฉบับนี้
หรือสำเนาหนังสือฉบับนี้เป็นหนังสือมอบอำนาจ เพื่อให้สถานพยาบาลที่ทำการรักษาพยาบาลเปิดแผนประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

เพื่อสิทธิการรับเงินที่รวดเร็ว โปรดกรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกข้อของด้วยลายมือที่อ่านง่าย

- ผู้รับอุบัติเหตุ.....เลขบัตรประชาชน.....อายุ.....ปี.....
ไปรษณกรวิชา.....รหัสประจำตัว.....ภาคปกติ ภาคสมทบ ศูนย์.....
ที่อยู่ติดต่อได้.....
โทร.(บ้าน) 0-2.....โทร.(ที่ทำงาน) 0-2.....มือถือ.....
- วันที่เกิดอุบัติเหตุ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.256.....เวลา.....นาฬิกา
- สถานที่เกิดอุบัติเหตุ สถานศึกษา บ้าน อื่น ๆ (โปรดระบุให้ชัดเจน)
- อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดบรรยายสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด)
- อวัยวะและอาการที่ได้รับบาดเจ็บ (โปรดระบุโดยชัดเจน)
- กรณีเกิดจากอุบัติเหตุจราจร ท่านโดยสารหรือขับซึ่รถหมายเลขทะเบียน.....รถคู่กรณีของท่านหมายเลขทะเบียน.....
- ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา สิทธิบัตรทอง.....บาท สิทธิเบิกพรบ.....บาท
 - ใต้นม ใบเสร็จรับเงิน ฉบับจริง จำนวน.....ฉบับ รวมเงินตามใบเสร็จ.....บาท (เบิกได้.....บาท 100000-10000
 - ใต้นม ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง จำนวน.....ฉบับ สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร สำเนามั้ตรประชาชน สำเนามั้ตรนักเรียน/นักศึกษา
 - ใต้นม ใบสรุปรายการการรักษา จำนวน.....ฉบับ (กรณีใบเสร็จไม่มีรายละเอียดการรักษา-ใบเสร็จเป็นใบบวกเลข-การนอนพักรักษาตัวในสถานะผู้ป่วยใน)
 - ใต้นม บันทึกรักษาประจำวันจากตำรวจ จำนวน.....ฉบับ (กรณีมีบันทึกประจำวันของตำรวจ-ใบเสร็จเป็นใบบวกเลข-การนอนพักรักษาตัวในสถานะผู้ป่วยใน)
 - ใต้นม ประวัติการรักษาพยาบาล จำนวน.....ฉบับ (กรณีเป็นผู้ป่วยในหรือกรณีที่มีบริษัทต้องการให้แสดง โดยส่งเหตุที่ใบเสร็จ จะมีค่าห้อง-ค่าอาหาร)
 - ใต้นม เอกสารอื่น ๆ ประกอบ จำนวน.....ฉบับ ดังนี้.....

15 มิ.ย. 63 - 15 มิ.ย. 64

ป ร ะ หั บ ต ร า ส ต า น ศึ ก ษ า

เพื่อรับรองว่าเป็นนักเรียน นักศึกษา ที่มีการทำประกันจริง

ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้อง
(.....)

ในฐานะที่เป็น ผู้เสียหาย ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สถานศึกษา ผู้รับมอบอำนาจ

- สำเนาใบเสร็จรับเงิน ใบแทนใบเสร็จรับเงิน ใบเสร็จที่ไม่ระบุรายละเอียดการรักษา ไม่ว่าจะกรณีใด ฯ ไขเบิกไม่ได้
- การสิ้นสุดความคุ้มครอง :- ในวันที่กรมธรรม์สิ้นสุด หรือ ในวันที่พ้นสภาพการเป็นนักเรียน นักศึกษา ของสถานศึกษาที่เอาประกันภัย
- ในกรณีสูญเสียชีวิต (โปรดกรอกรายละเอียด ในใบคำร้องขอรับสินไหมทดแทนแนบมา ให้ครบทุกข้อ)
(เตรียมเอกสารหลักฐานการ 2 ชุด แยกมอบส่งสำเนาทุกชุดส่งด้วยสายเห็นแก่ความถี่ถ้วน 2 ชุดโดยผู้รับผลประโยชน์ โดยส่งวันได้รับรองสำเนาเอกสารด้วย)
- 3.1 สำเนา บัตรประชาชน ของ ผู้เสียชีวิต บิดา มารดา ผู้รับผลประโยชน์ ไม่เกิด(กรณีเป็นผู้เยาว์)
- 3.2 สำเนา ทะเบียนบ้าน ของ ผู้เสียชีวิต บิดา มารดา ผู้รับผลประโยชน์ (ต้องมีส่วนที่เห็นบ้านเลขที่และประทับคำว่า "ตาย" ในช่องผู้เสียชีวิต)
- 3.3 สำเนา อายางานการตรวจศพจากสถาบันนิติเวช ใบชันสูตรพลิกศพจากสถาบันนิติเวช หนังสือรับรองการตาย (โดยมีผลตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด)
- 3.4 สำเนา ใบมรณบัตร (ชื่อ - นามสกุลบิดา - มารดาของผู้เสียชีวิตไม่มรณบัตร ต้องตรงกับชื่อ - นามสกุลบิดา - มารดา ในทะเบียนบ้านด้วย)
- 3.5 บันทึกรักษาประจำวันจากสถานีตำรวจโดยรับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจเจ้าของคดี (ที่ระบุชื่อผู้เสียชีวิต-ระบุสาเหตุ-รายละเอียด-ผลการเกิดอุบัติเหตุ-ผลของคดี)
- 3.6 สำเนา ใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล ผู้เสียชีวิต บิดา มารดา สำเนาทะเบียนสมรส สำเนาทะเบียนหย่า สำเนาใบมรณบัตร บิดา มารดา (ถ้ามี)
- 3.7 หลักฐานการจ่ายสินไหมจากบริษัทประกันภัยอื่น (ถ้ามี การเบิกจากบริษัทประกันภัยอื่นมาก่อน)
- 3.8 เอกสารอื่นใดเพื่อใช้ในการประกอบการพิจารณาจ่ายสินไหม เช่น ผลการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือด ผลคดีทางศาล ฯลฯ (กรณีมีข้อขัดข้องจะแจ้งให้ทราบภายหลัง)