

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุและสุขภาพ สำหรับมหาวิทยาลัย ศิลปากร

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย อายุ อาชีพ
 Name..... Age..... Occupation.....
 เลขที่บัตรประชาชน/อื่นๆระบุ ประเภทประกันที่เรียกร้อง หมายเลขบัตร / หมายเลขกรมธรรม์
 ID Card/other, please specify..... Type of insurance No. card / Policy No.
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้
 Current Address..... Telephone No.....
 บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อ)
 Other insurers (if any, please specify).....
 ลักษณะของอาการที่เจ็บป่วยหรือการเกิดอุบัติเหตุโดยสังเขป
 Brief details of how the accident occurred.....

สถานที่เกิดเหตุ..... วันที่เกิดเหตุ..... เวลา.....
 Place of accident..... Date..... Time.....
 ผลประโยชน์ที่ต้องการเรียกร้อง..... จำนวนเงิน..... บาท
 การเจ็บป่วยหรือเกิดเหตุครั้งนี้ ท่าน ☐ ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน ☐ เคยรักษาเมื่อวันที่ วันที่
 As a result of this illness or accident ☐ I have not been treated ☐ have not been treated..... Date.....
 กรุณาจ่ายสินไหมโดย ☐ เช็ค หรือ ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย (กรณีโอนเงินเข้าบัญชี ต้องใช้สำเนาหน้าบัญชี ผู้เอาประกันภัยเท่านั้น)
 Please pay compensation by ☐ cheque Or ☐ transfer to Kasikorn Bank Account
 ชื่อบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชีธนาคาร สาขา
 Account Name of Bank..... Account No. of Bank..... Branch.....

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการดำเนินการ กรุณาส่งเอกสารให้ครบถ้วนตามรายการด้านล่างนี้

กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / สูญเสียอวัยวะ Dismemberment, Loss of sight or Permanent Disability ☐ ใบรับรองแพทย์ ระบุสาเหตุการบาดเจ็บและอวัยวะที่สูญเสียโดยชัดเจน Doctor's certificate ☐ ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ Copy of X-Ray result ☐ รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสียของผู้เรียกร้องสิทธิความคุ้มครอง Photograph of Claimant ☐ สำเนาบัตรประชาชน Copy of identification card (Certified true copy) ☐ สำเนาประวัติการรักษา Copy Medical Record ☐ สำเนาบัตรรับประกันภัย Copy of insurance card	กรณีเสียชีวิต (Loss of Life) ☐ สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Autopsy report (Certified by related organization) ☐ สำเนาใบรายงานการผ่าศพ รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกในกรณีที่มีการผ่าศพพิสูจน์ Copy of Autopsy report (Certified by related organization) ☐ สำเนารับรองการเสียชีวิต รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Death Certificate (Certified by related organization) ☐ สำเนาบันทกประจำวันตำรวจ รับรองสำเนาโดยร้อยเวรเจ้าของคดี Copy of Police report (Certified by officer on duty) ☐ สำเนาใบมรณะบัตร รับรองโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Death Certificate (Certified by related organization) ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์รับรองสำเนาโดยผู้รับผลประโยชน์ Copy of census registration of the dead and the beneficiary (Certified true copy) ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์ Copy of identification card of the dead and the beneficiary (Certified true copy) ☐ สำเนาบัตรรับประกันภัย Copy of insurance card
กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาล (Medical Expense) ☐ ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง Original of Doctor's certificate ☐ ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง Original receipt ☐ สำเนาบัตรประชาชน Copy of identification card (Certified True copy) ☐ สำเนาบัตรรับประกันภัย Copy of insurance card	หมายเหตุ: บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในบางกรณีที่เอกสารนั้นจำเป็นต่อการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน Remark Additional documents may be requested if it is necessary to consider the claim payment บริษัทฯจะติดต่อกลับไปยังหมายเลขโทรศัพท์หรือที่อยู่ตามที่ท่านได้ให้ไว้ข้างต้น Officer will contact you as the detail you provided above

ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขข้อตกลงตามสัญญาประกันภัย และขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้
 I acknowledge the terms of the contract and certify that the above statements are true and correct. However, for insurance coverage consideration, I consent to the company,
 บริษัทฯ เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตรวจสอบแฟ้มประวัติผู้ป่วยหรือเอกสารที่จำเป็นในการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุดังกล่าว เพื่อพิจารณาความคุ้มครองตามเงื่อนไขของการประกันภัย
 Muang Thai Insurance Public Company Limited, to verify the patient history or any documents related the illness of accident
 ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย / ผู้แจ้ง
 Sign Insured
 (.....)

วันที่.....Date