



แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน สำหรับนักเรียน/นักศึกษา (Student)

ส่วนที่ 1: รายละเอียดผู้เอาประกันภัย กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ชื่อ-สกุลของผู้เอาประกันภัย นาย แทนพงษ์ แผงแปง อายุ 22 ปี วัน/เดือน/ปี เกิด 9 ต.ค. 2544
Insured's Name Age years Date of Birth

เลขบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง 1529902105720
ID No./Passport No.

ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง 53/1 หมู่ 2 ต.บ้านโป่ง อ.จาง จ.ลำปาง
Full Address of Claimant

โทรศัพท์มือถือ 0654505637 อีเมล thaenpong@gmail.com
Mobile No. E-mail

ชื่อสถานศึกษา วิทยาลัยอาชีวศึกษาลำปาง หมายเลขกรมธรรม์ 57108/เลขเชช/006736
School Policy No.

ส่วนที่ 2: รายละเอียดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย

วันที่เกิดอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งแรก 15 ก.พ. 2566 ลักษณะอาการที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วย รกล้ม
Date that the injury or illness first occurred Details of injury or illness

วันที่เกิดอุบัติเหตุ 23 ก.พ. 2566 เวลาที่เกิดเหตุ 11:44 สถานที่เกิดเหตุ วัดนาแซ
Date of Accident Time of Accident Place of Accident

กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ โปรดระบุรายละเอียด

เสียชีวิตเมื่อวันที่ เวลา สาเหตุการเสียชีวิต สถานที่เสียชีวิต
Date of Death Time of Death Cause of Death Country of Death

กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/สูญเสียอวัยวะ/สูญเสียการมองเห็น จากอุบัติเหตุ โปรดระบุรายละเอียด

วันที่เริ่มทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ/สูญเสียการมองเห็น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
Date of first determined disability/dismemberment Activity Daily Life

ข้าพเจ้าขอรับค่าสินไหมทดแทนโดย

- ☒ โอนเงินเข้าบัญชี พร้อมแนบสำเนาหน้าบัญชี..... 96697580
Transfer to the bank account of the insured or beneficiary and a copy of the bank book
☐ เช็ค ระบุชื่อสถานที่จัดส่ง.....
A/C Payee Cheque Delivery Address

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับหมายจากบริษัทฯ เพื่อวัตถุประสงค์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน อนึ่ง สำเนาหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ /Signature.....

(นาย ธีรณัย แผงแปง)

ผู้เอาประกันภัย/บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง/ผู้มีสิทธิเรียกร้องตามสัญญาประกันภัย

ความสัมพันธ์.....ที่.....
Relationship

วันที่ 8 ก.พ. 2566
Date

รายการเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

กรณีผลประโยชน์การรักษาพยาบาล และผลประโยชน์การชดเชยรายได้ระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผลประโยชน์การรักษาพยาบาล

การประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือการประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

- ☒ 1. แบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim Form)
- ☒ 2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุ สาเหตุการบาดเจ็บ และรายละเอียดการรักษา
กรณีรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน แผนบําเณาประวัติการรักษา
- ☐ 3. ใบเสร็จรับเงิน คัดฉบับ
- ☐ 4. สำเนาบัตรประชาชนผู้บาดเจ็บ, สำเนาบัตรประกันภัย หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ (ลงลายมือชื่อรับรอง)
- ☐ 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารที่ประสงค์ให้โอนเงินค่าสินไหมทดแทน (ต้องเป็นบัญชีของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น)
- ☐ 6. กรณีประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม หรือ Payroll แนบหนังสือรับรองการทำงาน
- ☐ 7. กรณี PA-นักเรียน แนบสำเนาบัตรนักเรียน
- ☐ 8. เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทฯ เรียกร้องเพิ่มเติมตามความจำเป็น (ถ้ามี)

หมายเหตุ กรณีผู้เยาว์ประสงค์โอนเงินค่าสินไหมเข้าบัญชีบิดา/มารดา ให้แนบสำเนาสูติบัตร

ผลประโยชน์ชดเชยรายได้ระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล

- ☐ 1. แบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim Form)
- ☒ 2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุ สาเหตุการบาดเจ็บ และรายละเอียดการรักษา
- ☐ 3. สำเนาเพิ่มประวัติการรักษาจากสถานพยาบาล
- ☐ 4. สำเนาใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย (ถ้ามี)
- ☒ 5. สำเนาบัตรประชาชนผู้บาดเจ็บ, สำเนาบัตรประกันภัย หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ (ลงลายมือชื่อรับรอง)
- ☐ 6. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารที่ประสงค์ให้โอนเงินค่าสินไหมทดแทน (ต้องเป็นบัญชีของผู้เอาประกันภัยเท่านั้น)
- ☐ 7. เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทฯ เรียกร้องเพิ่มเติมตามความจำเป็น (ถ้ามี)

หมายเหตุ กรณีผู้เยาว์ประสงค์โอนเงินค่าสินไหมเข้าบัญชีบิดา/มารดา ให้แนบสำเนาสูติบัตร