แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุนักเรียน นักศึกษา Student Accident Claim Form

CLPA.....บริษัท.....

กรมธรรม์เลขที่ : .....วันที่รับแจ้ง : .....

ชื่อสถานศึกษา : .....

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ชื่อผู้เอาประกัน : .....อายุ : .....ปี เลขบัตรประชาชน : .....

เลขบัตรประจำตัวนักศึกษา : .....ระดับ : ..... ชั้นปี : .....โทร : .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ : .....

จำนวนเงินที่เบิกเป็นเงิน : .....บาท ตัวอักษร (.....) ใบเสร็จค่ารักษา : .....ฉบับ

วันที่เกิดอุบัติเหตุ : .....เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ : .....น. สถานที่เกิดเหตุ : .....

รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ (โดยละเอียด) .....

.....

.....

.....

.....

การเจ็บป่วย / การเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ ผู้เอาประกัน ☐ ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน ☐ เคยรักษามาก่อน โดยได้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่

โรงพยาบาล.....เมื่อวันที่ : .....โดยได้ใช้สิทธิไปแล้ว

เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น : .....บาท ยังคงเหลือเงินตามสิทธิสำหรับค่ารักษาพยาบาลอีก : .....บาท

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งหรือให้ข้อมูลใดๆ ต่อบริษัทหรือผู้แทนอื่นใดที่ได้รับมอบอำนาจถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ตลอดจนเอกสารอื่นใดอันเกี่ยวข้องกับการเรียกร้องสินไหมทดแทนครั้งนี้ อนึ่งสำเนาของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

(ประทับตราสถานศึกษา)

ลงชื่อ ..... (ผู้เอาประกันภัย)

(.....) วันที่ .....

สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษากรอก

ชื่อ-สกุล ผู้บาดเจ็บ : ..... HN : .....

วันที่ทำการตรวจรักษา:..... เวลา : .....น. ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา : .....

สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ (Case of accident) : .....

.....

.....

อาการบาดเจ็บที่ได้รับ (Illness / Injury) : .....

.....

.....

การวินิจฉัยโรคมีความเห็นว่า (Diagnosis) : .....

.....

.....

(ประทับตราสถานพยาบาล) ลงชื่อ ..... (แพทย์ผู้ตรวจรักษา)

(.....)

วันที่ลงความเห็น .....ใบประกอบวิชาชีพเลขที่ .....