

แบบเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุ

ที่ เลขรับแจ้งที่.....

ชื่อ-นามสกุลผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง อายุ.....ปี

ศึกษาอยู่ชั้นปีที่... ..รหัสประจำตัว.....ภาควิชา/คณะสถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

.....กรณีเร่งด่วนติดต่อผู้ปกครองชื่อ.....

โทร.....มือถือ.....

สถานที่เกิดเหตุ.....

วันที่เกิดเหตุเวลา..... น.

ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุและอาการที่ได้รับบาดเจ็บ โดยสังเขป

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าในฐานะ ผู้บาดเจ็บ ผู้เรียกร้อง ผู้กระทำการแทน

ขอเรียกร้องค่าทดแทนชดเชยรายวัน วันละ 500 บาท จำนวนวัน เป็นจำนวนเงิน.....บาท

(ตัวอักษร.....)

เนื่องจากได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลจาก บริษัทประกันภัยอื่น ตามกรมธรรม์เลขที่

เลขเคลมที่..... สวัสดิการอื่นๆ.....เป็นเงิน บาท

(ตัวอักษร.....)

ขอเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ เป็นจำนวนเงินบาท

(อักษร

ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียด

เกี่ยวกับประวัติการรักษาทั้งหมดแก่ กองทุนประกันภัย สถาบันพระบรมราชชนก จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ประทับตราสถานศึกษา) ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้บาดเจ็บ ผู้เรียกร้อง ผู้กระทำการแทน

บันทึกรับเงินค่าทดแทน

ส่วนราชการ โทร
ที่..... วันที่

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ในฐานะ

- ผู้บาดเจ็บ
- ผู้เรียกร้อง
- ผู้กระทำการแทนตามที่ระบุไว้

ได้รับเงินค่าทดแทน/ค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(ตัวอักษร))

จากกองทุนประกันภัย สถาบันพระบรมราชชนก ไว้ถูกต้องครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

หมายเหตุ : เอกสารที่ต้องแนบมา

1. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง
2. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง
3. สำเนาบัตรประจำตัวนักศึกษา หรือบัตรประชาชน