

# โครงการ “คุ้มครองอุบัติเหตุและสุขภาพเยาวชนของสถานศึกษา”

อยู่ในความดูแลของ

สำนักงานนายหน้าประกันวินาศภัย นายนิพนธ์ จันทร์วีรัช

274/34 ม.1 ต.หนองผึ้ง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140

โทร. 081-9601928 , 0850354925 โทรสาร 053-801191 e-mail: np\_chanviruch@yahoo.com

## แบบเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุนักเรียน / นักศึกษา

ชื่อสถานศึกษา.....กรมธรรม์เลขที่.....เลขรับแจ้งที่.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง.....อายุ.....ปี ศึกษาอยู่ชั้นปีที่.....

ห้อง.....รหัสประจำตัว.....ภาควิชา/คณะ.....วิชาเอก.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทร.....

กรณีเร่งด่วนติดต่อผู้ปกครองชื่อ.....โทร.....

สถานที่เกิดเหตุ.....

วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุและอาการที่ได้รับบาดเจ็บสังเขป.....

ข้าพเจ้าในฐานะผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง / หรือผู้กระทำการแทน

( ) ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลจาก บริษัทผู้รับประกันอื่น หรือสวัสดิการอื่นแล้ว

จากบริษัทประกันอื่น / สวัสดิการอื่นฯ .....ตามกรมธรรม์เลขที่.....

เลขเคลมที่.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

( ) ไม่ได้ใช้สิทธิ เพราะ.....

ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา.....จำนวนใบเสร็จ.....ฉบับ

จำนวนค่ารักษาพยาบาล / ค่าทดแทน ที่เรียกร้อง.....บาท (.....)

(ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาทั้งหมดแก่ บริษัท เพนท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน)

(ประทับตราสถานศึกษา) ลงชื่อ.....ผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง / ผู้กระทำการแทน

(.....) วันที่.....

สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา ตรวจรักษาวันที่.....เวลา.....น. ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา..... การวินิจฉัยโรคมีความเห็นว่า..... ..... ..... .....	วันที่รับเงินค่า วันที่..... ข้าพเจ้าในฐานะผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้องตามที่ระบุไว้ ได้รับเงินค่าสินไหมจำนวน.....บาท (.....) จาก..... ไว้ถูกต้องครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว
(ประทับตราสถานพยาบาล) ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา (.....) ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....วันที่ลงความเห็น.....	ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (.....)

เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน กรุณากรอกข้อความให้ละเอียดชัดเจน และถูกต้องที่สุด



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง  
 แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200  
 โทร : 0 2670 4444 โทรสาร : 0 2280 0399  
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th  
 บริษัทของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED  
 97, 99 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang Road,  
 Borwornnives, Phranakorn, Bangkok 10200  
 Tel. : 0 2670 4444 Fax : 0 2280 0399  
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th  
 AN INSURANCE COMPANY OWNED BY THE CROWN PROPERTY BUREAU

F-NC-028

ทะเบียนเลขที่ 0107537002478  
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 10 1 01718 2

## แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

วันที่.....

กรมธรรม์เลขที่.....

\* สำหรับผู้เอาประกันภัย / ผู้รับผลประโยชน์

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ..... เลขที่บัตรประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง.....

อาชีพ..... สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่ ..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่ ..... หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail : ..... (ระบุชัดเจนเพื่อการแจ้งข้อมูล ผ่านระบบ SMS)

### เอกสารที่แนบมาด้วย

#### กรณีผลประโยชน์การรักษาพยาบาล

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
  - ใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย (ต้นฉบับ)
  - ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้เอาประกันภัย
  - สำเนานบันทึกประจำวันตำรวจ (ถ้ามี)
  - สำเนากรมธรรม์
  - สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย (ใช้สำหรับการโอนเงิน)
- ชื่อธนาคาร..... สาขา.....
- เลขที่บัญชี    -  -
- ต้องการใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินไปเบิกที่อื่นต่อ(โปรดทำเครื่องหมาย / )
- ประเภทบัญชี :  ออมทรัพย์  กระแสรายวัน

#### กรณีสูญเสียอวัยวะ สายตา

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
- ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ สายตา
- รูปถ่ายอวัยวะที่สูญเสีย
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้าน ของผู้เอาประกันภัย
- สำเนานบันทึกประจำวันตำรวจ (ถ้ามี)
- สำเนากรมธรรม์
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย(ใช้สำหรับการโอนเงิน)

#### กรณีเสียชีวิต

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
- สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพหรือหนังสือรับรองการเสียชีวิต
- ใบมรณบัตร
- สำเนานบันทึกประจำวันตำรวจ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน(ประทับตาย)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย(ใช้สำหรับการโอนเงิน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบันหรือบุคคลอื่นใด ที่มีบันทึกข้อมูล การเจ็บป่วย หรือประวัติการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัทได้ เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามิผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....) ตัวบรรจง

(.....) ตัวบรรจง

ความสัมพันธ์.....

วันที่.....

#### \*\* สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

ตรวจรับเอกสารโดย (นาย / นาง / นางสาว) ..... บริษัท..... โทร.....

#### \*\*\* คิดต่อ/จัดส่งเอกสารมายัง

บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายสินไหมทั่วไป (โครงการรักษาสุข) อาคาร 2 ชั้น 4 ที่อยู่ 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

ติดต่อสอบถามได้ที่ : 0-2670-4444 เบอร์ติดต่อ 6419, 6420 และ 6422 กรณีเสียชีวิต (แจ้งทันที) เบอร์ติดต่อ 6417 และ 6413

\*\*\* โปรดกรอกข้อมูลตัวบรรจง เพื่อประโยชน์ของท่าน \*\*\*