

คู่มือปฏิบัติงาน WI (Work Instructions)

พื้นที่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา พิษณุโลก	คณะ.....-.....
สถาบัน.....-.....	สำนัก.....-.....
กอง/สำนักงาน.....กองการศึกษา/งานกิจการนักศึกษา.....	รหัสเอกสาร QP ที่อ้างอิง ..QP พล.กศ.-02-01.....
ตำแหน่งงาน ...เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป.....	รหัสเอกสาร WI ...001.....

เรื่อง ตรวจสอบข้อมูลผู้รับบริการ

1. วัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงาน

- 1.1 เพื่อให้การปฏิบัติงานในปัจจุบันเป็นระบบ
- 1.2 เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทราบขั้นตอนการทำงานที่ชัดเจน
- 1.3 เพื่อให้ผู้ที่ปฏิบัติงานแทน/ปฏิบัติงานทราบขั้นตอนการปฏิบัติงานการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ประกันอุบัติเหตุแก่นักศึกษาอย่างละเอียดครบถ้วนและถูกต้อง

2. วิธีการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนปฏิบัติ	รายละเอียด	สารสนเทศสำคัญ
<p>1. ตรวจสอบข้อมูล กรณีรับเอกสาร</p> <pre> graph TD A([เริ่มต้น]) --> B[รับเอกสาร] B --> C{ตรวจสอบ} C -- ถูกต้อง --> D[ชี้แจงผู้รับบริการ] D --> E([สิ้นสุด]) C -- แก้ไข --> B </pre>	<p>รับเอกสารจากผู้รับบริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ตรวจสอบการกรอกข้อมูลของผู้รับบริการว่าครบทุกช่อง และลงลายมือชื่อเรียบร้อยแล้ว 2) ตรวจสอบสำเนาบัตรประชาชนว่ามีการลงรับรองสำเนาและลายมือชื่อ 3) หากข้อมูล บนเอกสารไม่ครบถ้วน หรือมีข้อผิดพลาด ให้ประสานงานผู้รับบริการเพื่อทำความเข้าใจและแก้ไขให้ถูกต้อง 4) เมื่อข้อมูลครบถ้วนแล้ว ชี้แจงให้ผู้รับบริการเข้าใจถึงแนวทางการให้บริการ 5) เอกสารครบถูกต้องส่งต่อบริษัทประกันการเบิกค่าสินไหมทดแทนให้ผู้รับบริการ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน 2. ใบรับรองแพทย์ 3. ใบเสร็จรับเงิน ฉบับจริง 4. สำเนาหน้าสมุดบัญชี 5. สำเนาบัตรประชาชน 6. กรณีเสียชีวิตต้องมีใบชันสูตรพลิกศพ (อย่างละ 1 ฉบับ)
<p>2. แจ้งผลการตรวจสอบให้ผู้รับบริการทราบ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) แจ้งผลการตรวจสอบเอกสารให้ผู้รับบริการทราบ หากไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ หรือมีการแก้ไขแจ้งผู้รับบริการทราบและจัดทำเอกสารให้สมบูรณ์ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน 2. ใบรับรองแพทย์ 3. ใบเสร็จรับเงิน ฉบับจริง 4. สำเนาหน้าสมุดบัญชี


ขั้นตอนปฏิบัติ	รายละเอียด	สารสนเทศสำคัญ
		5. สำเนาบัตรประชาชน 6. กรณีเสียชีวิตต้องมีใบชั้นสูตรพลิกศพ (อย่างละ 1 ฉบับ)
3.แก้ไขข้อมูลและเอกสารเพิ่มเติม	1) ผู้รับบริการแก้ไขข้อมูลและเอกสารเพิ่มเติม 2) ตรวจสอบข้อมูลการแก้ไขข้อมูลและเอกสารเพิ่มเติม 3) เอกสารครบถูกต้องส่งต่อบริษัทประกันการเบิกค่าสินไหมทดแทนให้ผู้รับบริการ	1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน 2. ใบรับรองแพทย์ 3. ใบเสร็จรับเงิน ฉบับจริง 4. สำเนาหน้าสมุดบัญชี 5. สำเนาบัตรประชาชน 6. กรณีเสียชีวิตต้องมีใบชั้นสูตรพลิกศพ (อย่างละ 1 ฉบับ)

3. ประกาศ ระเบียบ กฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้อง

3.1 กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุสำหรับนักศึกษา กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ PS004584-24NBK

4. ตัวอย่างแบบฟอร์มหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

4.1 แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (เปล่า)



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (อุบัติเหตุทั่วไป)

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุและสุขภาพกลุ่ม

สำหรับ นักศึกษา และบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

ชื่อ-สกุลผู้ลงทะเบียน อายุ อาชีพ

เลขที่บัตรประชาชน ประเภทผลิตภัณฑ์ หมายเลขกรมธรรม์

ID Card/Other phone number Product Name No card / Policy No.

ที่อยู่ผู้ลงทะเบียน โทรศัพท์มือถือ โทรศัพท์มือถือ

Customer Address Other phone No.

โปรดระบุวันที่เกิดเหตุ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อ)

ลักษณะของเหตุการณ์เป็นอุบัติเหตุหรืออุบัติเหตุสุขภาพ โปรดระบุรายละเอียด

Brief details of how the accident occurred.

สถานที่เกิดเหตุ วันที่เกิดเหตุ เวลา

Place of accident Date Time

ทางแพทย์หรือทันตแพทย์รักษานี้ ยังไม่ได้รับการรักษา ได้รับการรักษาแล้ว เมื่อวันที่

As a result of this illness or accident I have not been treated I have been treated Date

กรุณาชำระเงินโดย เช็ค หรือ โอนเข้าบัญชีธนาคาร (กรณีโอนเงินต้องส่งใบมอบอำนาจผู้ลงทะเบียนด้วย)

Please pay compensation by cheque Or transfer to Bank Account

ชื่อผู้ชำระเงิน เลขที่บัญชีธนาคาร สาขา

Account Name of Bank Account No. of Bank Branch

เอกสารประกอบการเรียกร้องเงินไหมทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการดำเนินการ กรุณาแนบเอกสารที่เกี่ยวข้องตามรายการดังนี้

<p>กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / สูญเสียอวัยวะ Permanent Impairment, Loss of Sight or Permanent Disability</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ หรือเอกสารทางการแพทย์และประวัติผู้ป่วยโดยแพทย์ Doctor's certificate</p> <p><input type="checkbox"/> ผลเอ็กซเรย์ Copy of X-Ray result</p> <p><input type="checkbox"/> รูปถ่ายหน้าและด้านหลังของผู้เสียหาย พร้อมชื่อและนามสกุล Photograph of Claimant</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน Copy of identification card (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบมีกรรมสิทธิ์ Copy Medical Record</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบรับประกันภัย Copy of insurance card</p> <p>กรณีมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ (Medical Expense)</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง Original of Doctor's certificate</p> <p><input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง Original receipt</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน Copy of identification card (Certified True copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบรับประกันภัย Copy of insurance card</p>	<p>กรณีเสียชีวิต (Loss of Life)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบแจ้งความพินัยกรรม หรือโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Autopsy report (Certified by related organization)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบรายงานการสำหรั หรือรายงานโดยหน่วยงานที่ออกใบมรณบัตร Copy of Death Certificate (Certified by related organization)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบแจ้งประวัติอาชญากรรม หรือสำเนาโดยตำรวจหรือเจ้าพนักงาน Copy of Police report (Certified by officer in duty)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตร หรือโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Death Certificate (Certified by related organization)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์โดยบริษัทของสำนักงานโดยผู้รับ Copy of census registration of the dead and the beneficiary (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์โดยบริษัทของสำนักงาน Copy of identification card of the dead and the beneficiary (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบรับประกันภัย Copy of insurance card</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

หมายเหตุ: บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในบางกรณีที่มีการนำเงินไปใช้ในการชำระค่ารักษาพยาบาล

Remark: Additional documents may be requested if it is necessary to consider the claim payment

บริษัทจะติดต่อกลับไปยังหมายเลขโทรศัพท์ที่ผู้ลงทะเบียนได้แจ้งไว้
 Officer will contact you as the detail you provided above.

ข้าพเจ้าขอทราบเงื่อนไขข้อตกลงตามสัญญาประกันภัย และขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงและถูกต้อง 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.

บริษัท ขอสงวนสิทธิ์ในบางกรณีที่มีการนำเงินไปใช้ในการชำระค่ารักษาพยาบาล
 Mong Thai Insurance Public Company Limited, to verify the patient history or any documents related the illness of accident

ลงชื่อ (Sign)..... ผู้ลงทะเบียน / ผู้แจ้ง (Insured)

(.....)

วันที่ (Date).....

4.2 แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (อุบัติเหตุทั่วไป)

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุและสุขภาพกลุ่ม
สำหรับ นักศึกษา และบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย: นายสุวิทย์ ประจักษ์กุล หน่วงนทร์ อายุ 26 ปี อาชีพ พนักงานมหาวิทยาลัย
 เลขที่บัตรประชาชน อื่นๆระบุ: 3 6501 0068A 19 2 ประเภทผลิตภัณฑ์: หมายเลขบัตร / หมายเลขกรมธรรม์
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้: 40/5 หมู่ 5 ต.บ้านบัว อ.เมือง จ.พิจิตร โทรศัทพ์ที่ติดต่อได้: 039-4619835
 บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อ): -
 อื่นๆของอาการที่เจ็บป่วยหรือการเกิดอุบัติเหตุ โดยสังเขป: หนักลอคมือข้าง จาก นมกด

สถานที่เกิดเหตุ: หมู่ 5 ต.บ้านบัว อ.เมือง จ.พิจิตร วันที่เกิดเหตุ: 26 ก.ย. 2561 เวลา: 12.45 น.
 การเจ็บป่วยหรือเกิดเหตุครั้งนี้ ท่าน ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน เคยรักษาที่ใดมาก่อน เมื่อวันที่: _____
 กรุณาจ่ายสินไหมโดย เช็ค หรือ โอนเข้าบัญชีธนาคาร (กรณีโอนเงินเข้าบัญชี ต้องใช้สำเนาหนังสือผู้เอาประกันภัยเท่านั้น)
 ชื่อบัญชีธนาคาร: กสิกรไทย เลขที่บัญชีธนาคาร: 058-3-6209A-8 สาขา: งามศรี พิจิตร

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการดำเนินการ กรุณาส่งเอกสารให้ครบถ้วนตามรายการด้านล่างนี้

<p>กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / สูญเสียอวัยวะ Dismemberment / Loss of sight or Permanent Disability <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ ระบุสาเหตุการบาดเจ็บและอวัยวะที่สูญเสียโดยชัดเจน Doctor's certificate <input type="checkbox"/> ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ Copy of X-Ray result <input type="checkbox"/> รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสียของผู้เรียกร้องสิทธิความคุ้มครอง Photograph of Claimant <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน Copy of identification card (Certified true copy) <input type="checkbox"/> สำเนาประวัติการรักษา Copy Medical Record <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย Copy of insurance card</p>	<p>กรณีเสียชีวิต (Loss of Life) <input type="checkbox"/> สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Autopsy report (Certified by related organization) <input type="checkbox"/> สำเนาใบรายงานการค้ำศพ รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกใบการที่มีกรรมการค้ำศพที่สุจริต Copy of Autopsy report (Certified by related organization) <input type="checkbox"/> สำเนาใบรับรองการเสียชีวิต รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Death Certificate (Certified by related organization) <input type="checkbox"/> สำเนาบันทึกประจำวันผู้ตาย รับรองสำเนาโดยร้อยเวรเจ้าของคดี Copy of Police report (Certified by officer on duty) <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณะบัตร รับรองโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Death Certificate (Certified by related organization) <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์รับรองสำเนาโดยผู้รับผลประโยชน์</p>
<p>กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาล (Medical Expense) <input checked="" type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง Original of Doctor's certificate <input checked="" type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง Original receipt <input checked="" type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน Copy of identification card (Certified True copy) <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย Copy of insurance card</p>	<p>Copy of census registration of the dead and the beneficiary (Certified true copy) <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์ Copy of identification card of the dead and the beneficiary (Certified true copy) <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย Copy of insurance card</p>

หมายเหตุ: บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในบางกรณีหากเอกสารนั้นจำเป็นต่อการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน

Remark: Additional documents may be requested if it is necessary to consider the claim payment

บริษัทจะติดต่อกลับไปยังหมายเลขโทรศัพท์หรือที่อยู่ตามที่ท่านได้ให้ไว้ข้างต้น

Officer will contact you as the detail you provided above

ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขข้อตกลงหนังสือสัญญาประกันภัย และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ 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 เพื่อพิจารณาความคุ้มครอง
 ความเสี่ยงของกิจการประกันภัย
 Muang Thai Insurance Public Company Limited to verify the patient history or any documents related the illness of accident

ลงชื่อ (Sign): สุวิทย์ ประจักษ์กุล ผู้เอาประกันภัย / ผู้แจ้ง (Insured)

4.3 แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/สูญเสียอวัยวะ)

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุและสุขภาพกลุ่ม
สำหรับ นักศึกษา และบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย อายุ อาชีพ
 Name Age Occupation
 เลขที่บัตรประชาชน ประเภทผลิตภัณฑ์ หมายเลขบัตร / หมายเลขกรมธรรม์
 ID Card/other please specify Product Name No. card / Policy No.
 ที่อยู่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้
 Current Address Telephone No.
 บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อ)
 Other insurances (if any please specify)

ลักษณะของอาการที่เจ็บป่วยหรือการเกิดอุบัติเหตุโดยสังเขป
Brief details of how the accident occurred

สถานที่เกิดเหตุ วันที่เกิดเหตุ เวลา
 Place of accident Date Time
 การเจ็บป่วยหรือเกิดเหตุครั้งนี้ ท่าน ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน เคยรักษาที่ใดมาก่อน เคยรักษาที่ใดมาก่อนที่ เมื่อวันที่
 As a result of this illness or accident I have not been treated I have not been treated I have not been treated Date
 กรุณาจ่ายสินไหมโดย เช็ค หรือ โอนเข้าบัญชีธนาคาร (กรณีโอนเงินเข้าบัญชี ต้องใส่สำเนาบัญชีผู้ฝากประกันที่หน้าบัญชี)
 Please pay compensation by cheque Or transfer to Bank Account
 ชื่อบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชีธนาคาร สาขา
 Account Name of Bank Account No. of Bank Branch


เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการดำเนินการ กรุณาแนบเอกสารที่กระชั้นชิดตามรายการด้านล่างนี้

<p>กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / สูญเสียอวัยวะ Dismemberment, Loss of sight or Permanent Disability</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ ระบุสาเหตุการบาดเจ็บและอวัยวะที่สูญเสียโดยชัดเจน Doctor's certificate</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ผลเอ็กซเรย์ Copy of X-Ray result</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสียของผู้เรียกร้องสิทธิความคุ้มครอง Photograph of Claimant</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน Copy of identification card (Certified true copy)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สำเนาประวัติการรักษา Copy Medical Record</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประกันภัย Copy of insurance card</p>	<p>กรณีเสียชีวิต (Loss of Life)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Autopsy report (Certified by related organization)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบรายงานการค้นศพ รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกในกรณีที่มีการค้นศพที่สุจริต Copy of Autopsy report (Certified by related organization)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนารับรองจัดการเสียชีวิต รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Death Certificate (Certified by related organization)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ รับรองสำเนาโดยร้อยเวรเจ้าของคดี Copy of Police report (Certified by officer on duty)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณะบัตร รับรองโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Death Certificate (Certified by related organization)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์รับรองสำเนาโดยผู้รับผลประโยชน์ Copy of census registration of the dead and the beneficiary (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนามรณบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์ Copy of identification card of the dead and the beneficiary (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประกันภัย Copy of insurance card</p>
<p>กรณีมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ (Medical Expense)</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง Original of Doctor's certificate</p> <p><input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง Original receipt</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน Copy of identification card (Certified True copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประกันภัย Copy of insurance card</p>	

หมายเหตุ: บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในบางกรณีหากเอกสารแนบข้างต้นเป็นความจริงประการ ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้
Remark: Additional documents may be requested if it is necessary to consider the claim payment
 บริษัทฯ ขอติดต่อกลับไปยังหมายเลขโทรศัพท์หรือที่อยู่ตามที่ท่านได้แจ้งข้างต้น
 Officer will contact you as the detail you provided above

ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขข้อตกลงตามสัญญาประกันภัย และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงประการ 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 เมืองปิ่นนครประกันภัย จำกัด (มหาชน) ขอสงวนสิทธิ์ในประวัติผู้ป่วยหรือเอกสารที่จำเป็นในการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุดังกล่าว แต่สิทธิความคุ้มครองตามเงื่อนไขของการประกันภัย
 Muang Thai Insurance Public Company Limited, to verify the patient history or any documents related the illness of accident
 ลงชื่อ (Sign) ผู้เอาประกันภัย / ผู้แจ้ง (Insured)
 วันที่ (Date)

4.4 แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (กรณีเสียชีวิต)



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุและสุขภาพกลุ่ม
สำหรับ นักศึกษา และบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย อายุ อาชีพ
 Name Age Occupation

เลขที่บัตรประชาชน อื่นๆระบุ ประเภทผลิตภัณฑ์ หมายเลขบัตร / หมายเลขกรมธรรม์
 ID Card/other, please specify Product Name No. card / Policy No.

ที่อยู่ตามเรดดิคต่อได้ โทรศัพท์ที่ติดต่อดี
 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

การเจ็บป่วยหรือเกิดเหตุครั้งนี้ ท่าน ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน เคยรักษามาก่อนที่ _____ เมื่อวันที่ _____
 As a result of this illness or accident I have not been treated I have not been treated Date

กรุณาจ่ายสินไหมโดย เช็ค หรือ โอนเข้าบัญชีธนาคาร (กรณีโอนเงินเข้าบัญชี ต้องใช้สำเนาบัญชีผู้ฝากประจำที่แนบมา)
 Please pay compensation by cheque Or transfer to Bank Account

ชื่อบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชีธนาคาร สาขา
 Account Name of Bank Account No. of Bank Branch

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการดำเนินการ กรุณาส่งเอกสารให้ครบถ้วนตามรายการด้านล่างนี้

<p>กรณีทุพพลภาพหรืออวัยวะ / สูญเสียอวัยวะ Dismemberment, Loss of sight or Permanent Disability</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ ระบุสาเหตุการบาดเจ็บและอวัยวะที่สูญเสียโดยชัดเจน Doctor's certificate</p> <p><input type="checkbox"/> ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ Copy of X-Ray result</p> <p><input type="checkbox"/> รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสียของผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน Photograph of Claimant</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน Copy of identification card (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาประวัติการรักษา Copy Medical Record</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประกันภัย Copy of insurance card</p>	<p>กรณีเสียชีวิต (Loss of Life)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Autopsy report (Certified by related organization)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สำเนาใบรายงานการศสศ รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกใบกรณีที่มีการค่าศพพิสูจน์ Copy of Autopsy report (Certified by related organization)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สำเนารับรองการเสียชีวิต รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Death Certificate (Certified by related organization)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ รับรองสำเนาโดยตำรวจเจ้าของคดี Copy of Police report (Certified by officer on duty)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สำเนาใบมรณะบัตร รับรองโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Death Certificate (Certified by related organization)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์รับรองสำเนาโดยผู้รับผลประโยชน์ Copy of census registration of the dead and the beneficiary (Certified true copy)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์ Copy of identification card of the dead and the beneficiary (Certified true copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประกันภัย Copy of insurance card</p>
<p>กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาล (Medical Expense)</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง Original of Doctor's certificate</p> <p><input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง Original receipt</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน Copy of identification card (Certified True copy)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประกันภัย Copy of insurance card</p>	<p>หมายเหตุ: บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในบางกรณีหากเอกสารนั้นจำเป็นต่อการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน Remark: Additional documents may be requested if it is necessary to consider the claim payment</p> <p>บริษัทจะติดต่อกลับไปยังหมายเลขโทรศัพท์หรือที่ที่ท่านได้ให้ไว้ข้างต้น Officer will contact you as the detail you provided above</p>

ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขข้อตกลงตามสัญญาประกันภัย และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ 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,

บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตรวจสอบเห็นประวัติผู้ป่วยหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องในการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุดังกล่าว เพื่อพิจารณาความคุ้มครอง
 Muang Thai Insurance Public Company Limited, to verify the patient history or any documents related the illness of accident

ลงชื่อ (Sign)..... ผู้เอาประกันภัย / ผู้แจ้ง (Insured)
 วันที่ (Date)