เมืองไทยประกันภัย
MUANG THAI INSURANCE

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุและสุขภาพกลุ่ม

สาหรับ นักศึกษา และบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย อายุ อาชีพ

Name.....Age.....Occupation.....

เลขที่บัตรประชาชน/อื่นๆระบุ ประเภทผลิตภัณฑ์ หมายเลขบัตร / หมายเลขกรมธรรม์

ID Card/other,please specify..... ..Product Name..... No.card / Policy No.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

Current Adress.....Telephone No.....

บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อ)

Other insures (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 ☐ have not been treated. ..... Date.....

กรุณาจ่ายสินไหมโดย ☐ เช็ค หรือ ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร (กรณีโอนเงินเข้าบัญชี ต้องใช้สำเนาหน้าบัญชี ผู้เอาประกันภัยเท่านั้น)

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

กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / สูญเสียอวัยวะ

Dismemberment, Loss of sight or Permanent Disability

- ☐ ใบรับรองแพทย์ ระบุสาเหตุการบาดเจ็บและอวัยวะที่สูญเสียโดยชัดเจน
  Doctor's certificate
- ☐ ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์
  Copy of X-Ray result
- ☐ รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสียของผู้เรียกร้องสิทธิความคุ้มครอง
  Photograph of Claimant
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน
  Copy of identification card (Certified true copy)
- ☐ สำเนาประวัติการรักษา
  Copy Medical Record
- ☐ สำเนาบัตรรับประกันภัย
  Copy of insurance card

กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาล (Medical Expense)

- ☐ ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง
  Original of Doctor's certificate
- ☐ ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง
  Original receipt
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน
  Copy of identification card (Certified True copy)
- ☐ สำเนาบัตรรับประกันภัย
  Copy of insurance card

กรณีเสียชีวิต (Loss of Life)

- ☐ สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยหน่วยงานที่ออก
  Copy of Autopsy report (Certified by related organization)
- ☐ สำเนาใบรายงานการผ่าศพ รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกในกรณีที่มีการผ่าศพพิสูจน์
  Copy of Autopsy report (Certified by related organization)
- ☐ สำเนารับรองการเสียชีวิต รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออก
  Copy of Death Certificate (Certified by related organization)
- ☐ สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ รับรองสำเนาโดยร้อยเวรเจ้าของคดี
  Copy of Police report (Certified by officer on duty)
- ☐ สำเนาใบมรณะบัตร รับรองโดยหน่วยงานที่ออก
  Copy of Death Certificate (Certified by related organization)
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์รับรองสำเนาโดยผู้รับผลประโยชน์
  Copy of census registration of the dead and the beneficiary (Certified true copy)
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิตและผู้รับผลประโยชน์รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์
  Copy of identification card of the dead and the beneficiary (Certified true copy)
- ☐ สำเนาบัตรรับประกันภัย
  Copy of insurance card

หมายเหตุ : บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในบางกรณีที่เอกสารนั้นจำเป็นต่อการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน

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

ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขข้อตกลงตามสัญญาประกันภัย 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 เพื่อพิจารณาความคุ้มครองตามเงื่อนไขของการประกันภัย

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) .....