

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.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	โทรศัพท์ที่ติดต่อได้	
Current Address.....	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		
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 <u>Dismemberment, Loss of sight or Permanent Disability</u> ☐ 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	กรณีเสียชีวิต (Loss of Life) ☐ สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Autopsy report (Certified by related organization) ☐ สำเนาใบรายงานการศพ รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกในกรณีที่มีการผ่าศพพิสูจน์ Copy of Autopsy report (Certified by related organization) ☐ สำเนารับรองการเสียชีวิต รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออก Copy of Death Certificate (Certified by related organization) ☐ สำเนานันทกประจำวันตำรวจ 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
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	
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	

ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขข้อตกลงตามสัญญาประกันภัย และขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ 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) ตรวจสอบเพิ่มประวัติผู้ป่วยหรือเอกสารที่จำเป็นในการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุดังกล่าว 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)