

ชื่อ-สกุลของนักศึกษา / บุคลากรประจำ โทรศัพท์มือถือเพื่อติดต่อและรับ SMS.....

ที่อยู่ปัจจุบัน

- ☐ เรียงเครื่องเคลมของนักศึกษา กรมธรรม์เลขที่..... ☐ เรียงเครื่องเคลมของบุคลากรประจำ กรมธรรม์เลขที่.....
☐ เรียงเครื่องเคลมของครอบครัว ชื่อ-สกุล..... (☐ คู่สมรส ☐ บุตร) กรมธรรม์เลขที่.....

1. รายการคำรักษาพยาบาลเนื่องจากการเจ็บป่วย / อุบัติเหตุ และคำชดเชยฯ ที่ไม่เบิกค่ารักษา IPD หรือ Day case (จ่ายค่าทดแทนโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร)

ครั้งที่รักษา	วันที่รักษา	ชื่อโรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาล	คำรักษาที่จ่ายจริง (บาท)	ผู้ป่วยนอก (/)	ผู้ป่วยใน (/)	เบิกค่าชดเชยที่ไม่เบิกค่า รักษา (ระบุจำนวนวัน)

☐ กรณีที่กรมธรรม์ฯ คู่สมรสได้ไม่เต็มค่าใช้จ่ายที่ได้จ่ายจริง และต้องการต้นฉบับใบเสร็จคืน โปรดทำเครื่องหมาย “ / “ ในช่องว่างด้านหน้า

2. ข้อมูลเพิ่มเติม กรณีเรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ (หากมีคำรักษาต่อเนื่องจากอุบัติเหตุเดียวกัน ใช้สำเนาเคลมฟอร์มของครั้งแรกได้)

วันที่เกิดอุบัติเหตุ	เวลาเกิด อุบัติเหตุ	สถานที่เกิดอุบัติเหตุ	รายละเอียดเหตุการณ์โดยย่อ (ถ้าสิ่งท้ออะไร เกิดเหตุการณ์อย่างไร)	ระบุอาการบาดเจ็บและอวัยวะที่ได้รับ บาดเจ็บ (ข้างซ้าย/ข้างขวา)

ข้าพเจ้าผู้ได้รับบาดเจ็บขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแต่งทำขึ้น หรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือปิดบังความจริงใด ๆ แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมและยอมรับว่าสิทธิที่จะได้รับค่าทดแทนหรือผลประโยชน์ครั้งนี้เป็นอันหมดไปโดยทันที

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งหมด ทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมกับการเรียกร้องค่าทดแทนครั้งนี้ให้แก่กรม.เมืองไทยประกันภัย หรือผู้แทน หรือบุคคลภายนอกที่เป็นคู่สัญญากับกรม.เมืองไทยประกันภัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสินไหมทดแทน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเรื่องเรียกร้องค่าทดแทนของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้ กรม.เมืองไทยประกันภัย คู่สัญญา รวมถึงคู่พันธมิตรทางธุรกิจของบริษัทฯ ที่มีอำนาจหน้าที่ตามสัญญาประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้อยู่ในปกครองตามกฎหมายของข้าพเจ้าซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่ก่อน และหลังการให้ความยินยอมนี้ได้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งนี้ เพื่อดำเนินการอันเกี่ยวกับการพิจารณา และ/หรือการบริการด้านสินไหมทดแทน การใช้รับสิทธิ และ/หรือการดำเนินการใดๆ เพื่อความสมบูรณ์ตามปกติวิสัยของภาคธุรกิจได้โดยตลอดตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินการจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

อนึ่ง ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้สำเนา และ/หรือเก็บรักษา ใช้ เปิดเผยเอกสารฉบับนี้ ทั้งในรูปแบบเอกสาร และ/หรืออิเล็กทรอนิกส์ อันมีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้อ่าน และเข้าใจการปฏิบัติตามหนังสือฉบับนี้เป็นอย่างดี จึงได้ลงลายมือชื่อตกลง และยินยอมไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทน หรือผู้รับประโยชน์
(.....) วันที่บันทึกเอกสาร/...../.....

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา โปรดส่งเอกสารให้ครบถ้วน (เอกสารสำเนา โปรดรับรองเอกสารทุกฉบับ)

คำรักษาพยาบาล (จ่ายโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร) ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐ สำเนาบัตรประชาชน หรือหนังสือเดินทาง ☐ ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง และรายการค่าใช้จ่าย ☐ สำเนาประวัติการรักษาทั้งหมด กรณีเป็นผู้ป่วยใน ☐ สำเนาประจำวันตำรวจ รายงานสอบสวน และคำพิพากษา <u>กรณีเป็นคดีความ</u> ☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง	กรณีเสียชีวิต (จ่ายค่าทดแทนเป็นเช็ค) ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐ สำเนาใบขึ้นสูตตพลิกศพ และผ่าศพ ☐ สำเนารับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล และประวัติการรักษาทั้งหมด ☐ สำเนาประจำวันตำรวจ รายงานสอบสวน และคำพิพากษา <u>กรณีเป็นคดีความ</u> ☐ สำเนาใบมรณบัตร สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิตประทับ “ตาย” ☐ บัตรประชาชน/หนังสือเดินทางของผู้เสียชีวิต ☐ สำเนาบัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง ทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ ☐ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ของผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์ (ถ้ามี)
ทุพพลภาพถาวร /สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟังเสียง การพูดออกเสียง (จ่ายค่าทดแทนเป็นเช็ค) ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐ สำเนาบัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง ☐ สำเนาใบรับรองแพทย์ ☐ สำเนาประวัติการรักษาทั้งหมด ☐ สำเนาประจำวันตำรวจ รายงานสอบสวน และคำพิพากษา <u>กรณีเป็นคดีความ</u>) ☐ สำเนาเอกสารแสดงความพิการ	เรียกร้องค่าชดเชยรายได้กรณีเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ในฐานะผู้ป่วยใน กรณีไม่เรียกร้องคำรักษาพยาบาล (จ่ายโดยโอนเงิน) ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐ สำเนาบัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง ☐ สำเนาใบรับรองแพทย์ สำเนาประวัติการรักษาทั้งหมด ☐ สำเนารายการค่าใช้จ่าย และเอกสารอนุมัติเคลมของบริษัทอื่น (ถ้ามี) ☐ สำเนาประจำวันตำรวจ รายงานสอบสวน และคำพิพากษา <u>กรณีเป็นคดีความ</u> ☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง

หมายเหตุ : บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในแต่ละส่วนผลประโยชน์ข้างต้นตามความจำเป็น