

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุแก่นักเรียน นักศึกษา Student Accident Claims Form

CLPA.....	บริษัท
กรมธรรม์เลขที่ :	วันที่รับแจ้ง :
ชื่อสถานศึกษา :	
ข้อมูลผู้เอาประกัน	
ชื่อผู้เอาประกัน : อายุ :ปี เลขบัตรประชาชน :	
เลขบัตรประจำตัวนักศึกษา : ระดับ : ชั้นปี : โทร :	
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ :	
จำนวนเงินที่เบิกเป็นเงิน :บาท ตัวอักษร (.....) ใบเสร็จค่ารักษา :ฉบับ	
วันที่เกิดอุบัติเหตุ : เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ :น. สถานที่เกิดเหตุ :	
รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ (โดยละเอียด).....	
.....	
.....	
การเจ็บป่วย / การเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ ผู้เอาประกัน <input type="checkbox"/> ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน <input type="checkbox"/> เคยรักษามาก่อน โดยได้เข้ารับการรักษายาบาลที่ โรงพยาบาล..... เมื่อวันที่ : โดยได้ใช้สิทธิไปแล้ว เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น :บาท ยังคงเหลือเงินตามสิทธิสำหรับศรัทธาพยาบาลอีก :บาท ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้ง หรือให้ข้อมูลใด ๆ ต่อบริษัทหรือผู้แทนอื่นใดที่ได้รับมอบอำนาจถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ตลอดจนเอกสารอื่นใดอันเกี่ยวข้องกับการเรียกร้องสินไหมทดแทนครั้งนี้ อนึ่ง สำเนาของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> (ประทับตราสถานศึกษา) ลงชื่อ (ผู้เอาประกันภัย) (.....) วันที่ </div>	
สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษากรอก	
ชื่อ - สกุล ผู้บาดเจ็บ : HN :	
วันที่ทำการตรวจรักษา : เวลา : น. ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา :	
สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ (Case of accident) :	
.....	
อาการบาดเจ็บที่ได้รับ (Illness / Injury) :	
.....	
การวินิจฉัยโรคมึความเห็นว่า (Diagnosis) :	
.....	
.....	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> (ประทับตราสถานพยาบาล) ลงชื่อ (แพทย์ผู้ตรวจรักษา) (.....) </div> ใบประกอบวิชาชีพเลขที่ วันที่ลงความเห็น	