



แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโครงการประกันอุบัติเหตุของนักศึกษา
 หน่วยบริการสุขภาพ กองกิจการนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 (Personal Accident Claims Form)

ชื่อศ/นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียน.....อายุ.....ปี

คณะ.....สาขา.....ระดับปริญญา.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทันที.....

รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ.....

วันที่เกิดอุบัติเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....

อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะของบาดแผล.....

ค่ารักษาพยาบาลจำนวน.....บาท (.....)

เอกสารที่ใช้ประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนคืน

กรณีได้รับบาดเจ็บ

- () ใบริบรองแพทย์ (ต้นฉบับ)
- () ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ) พร้อมรายละเอียด (ถ้ามี)
- () फिल्म X-Ray และผลการอ่านฟิล์มจากแพทย์ กรณีกระดูกหัก/ร้าว (ถ้ามี)
- () สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ (กรณีถูกทำร้ายร่างกายหรือทะเลาะวิวาท)

กรณีเสียชีวิต

- () สำเนาชันสูตรจากแพทย์นิติเวช
- () สำเนารับรองการเสียชีวิตจากแพทย์
- () สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ
- () สำเนาใบมรณบัตร
- () สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยฯ และของผู้รับผลประโยชน์

กรณีที่บริษัทฯ พิจารณาจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนคืน ให้โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....

สาขา.....ชื่อบัญชี.....บัญชีเลขที่.....

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้อง.....วันที่.....

ลายมือชื่อผู้เรียกร้องแทนผู้เอาประกันภัย.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....