

ใบรับเงินค่าสินไหมทดแทน

ฝ่ายสินไหมทดแทน

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้เอาประกันภัย/ชื่อสถานศึกษา) ผู้รับผลประโยชน์ตามสัญญา

กรมธรรม์เลขที่ ได้รับเงินจำนวน บาท

(.....) จากบริษัท โดยถูกต้องและครบถ้วนแล้ว ตามวันเดือนปี
ที่ระบุข้างต้น

เงินจำนวนนี้เป็นการชำระค่าสินไหมทดแทนในการเรียกร้องเนื่องจากการประสบอุบัติเหตุของผู้เอาประกันภัยดัง
รายละเอียดต่อไปนี้

.....
.....
.....
.....
.....

ข้าพเจ้าได้ตกลงยินยอมให้ถือว่า การชำระเงินสำหรับความเสียหายรายนี้เป็นที่พอใจแก่ข้าพเจ้า เป็นการระงับข้อพิพาท
ที่มีอยู่หรือจะมีขึ้นในภายหน้า อีกทั้งเป็นการเลิกจ้างปลดเปลื้องสิทธิเรียกร้องทั้งทางแพ่ง และทางอาญาคือ บริษัท ฯ ข้าพเจ้าจะไม่
เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนใด ๆ จาก บริษัท อีกต่อไป หากต่อไปในภายหน้ามี
ทายาท หรือบุคคลอื่นใดมาโต้แย้งสิทธิในการรับเงินค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าจะขอเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย
ให้ทั้งสิ้น

อนึ่ง เมื่อ บริษัท ได้จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนให้กับข้าพเจ้าจนครบถ้วนแล้ว
ดังนั้น บริษัท ในฐานะผู้รับประกันภัย ย่อมมีสิทธิตามกฎหมายที่จะไปไล่เบี้ยเอาค่า
สินไหม/ค่าเสียหายจำนวนดังกล่าวคืนจากผู้ละเมิดข้าพเจ้าต่อไป เพื่อเป็นหลักประกัน ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ประทับตราสถานศึกษา

<input type="checkbox"/>	เลขที่รับ.....
<input type="checkbox"/>	วันที่รับ.....
<input type="checkbox"/>	เอกสาร.....
<input type="checkbox"/>	แผน.....
<input type="checkbox"/>	PAYIN.....
<input type="checkbox"/>	เงินสด.....
<input type="checkbox"/>	อนุสติ I.....

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....)
ลงชื่อ พยาน
(.....)
ลงชื่อ พยาน
(.....)

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุนักเรียน นักศึกษา (Student Accident Claims Form)

บริษัทผู้รับประกัน.....

กรมธรรม์เลขที่ :.....	วันที่รับแจ้ง...../...../.....เวลา.....น.
ชื่อสถาบันการศึกษา:.....	

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ชื่อผู้เอาประกันภัย
นาย/นาง/น.ส. อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน.....เลขประจำตัวนักศึกษา.....
ระดับ..... ชั้นปีที่..... โทรศัพท์.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
จำนวนเงินที่เบิกเป็นเงิน.....บาท ตัวอักษร (.....) ใบเสร็จรับเงิน.....ฉบับ
วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....
รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ (โดยละเอียด)
.....
.....
.....

การเจ็บป่วย/การเกิดเหตุครั้งนี้ท่าน <input type="checkbox"/> ไม่เคยรักษาที่ไหนมาก่อน <input type="checkbox"/> เคยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาล.....เมื่อวันที่.....
โดยได้ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท ยังคงเหลือเงินตามสิทธิสำหรับค่ารักษาพยาบาลอีก.....บาท
ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือนุคคลอื่นใดทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือนุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ
ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ
บริษัทประกันภัยชื่อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับ ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ
(ประทับตราสถานศึกษา)
ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย วันที่.....

สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษากรณี

ชื่อ-สกุลผู้บาดเจ็บ..... HN..... วันที่ทำการตรวจรักษา.....เวลา.....น.
ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา.....
สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ (Case of accident)
.....
อาการบาดเจ็บที่ได้รับ (Illness / Injury)
.....
การวินิจฉัยโรคมีความเห็นว่า (Diagnosis)
.....
(ประทับตราสถานพยาบาล)
ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา
(.....)
ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ วันที่ลงความเห็น.....