

# โครงการ “ ค้ำครองอุบัติเหตุและสุขภาพเยาวชนของสถานศึกษา ”

อยู่ในความดูแลของ

สำนักงานนายหน้าประกันวินาศภัย นายนิพนธ์ จันทร์วิรัช

274/34 ม.1 ต.หนองผึ้ง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140

โทร. 081-9601928 , 0850354925 โทรสาร 053-801191 e-mail: np\_chanviruch@yahoo.com

## แบบเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุนักเรียน / นักศึกษา

ชื่อสถานศึกษา..... กรมธรรม์เลขที่..... เลขรับแจ้งที่.....

ชื่อ-นามสกุล ผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง..... อายุ..... ปี ศึกษาอยู่ชั้นปีที่.....

ห้อง..... รหัสประจำตัว..... ภาควิชา/คณะ..... วิชาเอก.....

ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทร.....

กรณีเร่งด่วนติดต่อผู้ปกครองชื่อ..... โทร.....

สถานที่เกิดเหตุ.....

วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... น. ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุและอาการที่ได้รับบาดเจ็บสังเขป.....

ข้าพเจ้าในฐานะผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง / หรือผู้กระทำการแทน

( ) ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลจาก บริษัทผู้รับประกันอื่น หรือสวัสดิการอื่นๆแล้ว

จากบริษัทประกันภัยอื่น / สวัสดิการอื่นๆ ..... ตามกรมธรรม์เลขที่.....

เลขเคลมที่..... เป็นเงิน..... บาท (.....)

( ) ไม่ได้ใช้สิทธิ เพราะ.....

ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา..... จำนวนใบเสร็จ..... ฉบับ

จำนวนค่ารักษาพยาบาล / ค่าทดแทน ที่เรียกร้อง..... บาท (.....)

(ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาทั้งหมดแก่ บริษัท เทเวศ ประกันภัย จำกัด (มหาชน) จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน)

(ประทับตราสถานศึกษา) ลงชื่อ..... ผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง / ผู้กระทำการแทน

(.....) วันที่.....

สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา ตรวจรักษาวันที่..... เวลา..... น.	วันที่รับเงินค่า
ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา.....	วันที่.....
การวินิจฉัยโรคมีความเห็นว่า.....	ข้าพเจ้าในฐานะผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้องตามที่ระบุไว้
.....	ได้รับเงินค่าสินไหมจำนวน..... บาท
.....	(.....)
.....	จาก.....
.....	ไว้ถูกต้องครบถ้วนเรียบร้อยแล้ว
(ประทับตราสถานพยาบาล) ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจรักษา	ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน
(.....)	(.....)
ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... วันที่ลงความเห็น.....	

เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน กรุณากรอกข้อความให้ละเอียดชัดเจน และถูกต้องที่สุด



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง  
แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200  
โทร : 0 2670 4444 โทรสาร : 0 2280 0399  
E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th  
บริษัทของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED  
97, 99 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang Road,  
Borworniwes, Phranakorn, Bangkok 10200  
Tel. : 0 2670 4444 Fax : 0 2280 0399  
E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th  
AN INSURANCE COMPANY OWNED BY THE CROWN PROPERTY BUREAU

F-NC-028

หมายเลขเอกสาร 0107537002478

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการ 3 10 1 01718 2

## หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

วันที่.....

\* สำหรับผู้เอาประกันภัย / ผู้รับผลประโยชน์

กรมธรรม์เลขที่.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) ..... เลขที่บัตรประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง.....

อาชีพ..... สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่ ..... หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อ ได้บ้านเลขที่ ..... หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail : ..... (ระบุชัดเจนเพื่อการแจ้งข้อมูล ผ่านระบบ SMS)

### เอกสารที่แนบมาด้วย

#### กรณีผลประโยชน์การรักษาพยาบาล

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
- ใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย (ต้นฉบับ)
- ใบรายงานแพทย์ที่ระบุนาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้เอาประกันภัย
- สำเนานันทนาการประจำวันสำรวจ (ถ้ามี)
- สำเนากรมธรรม์
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย (ใช้สำหรับการโอนเงิน)

ชื่อธนาคาร..... สาขา.....  ต้องการใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินไปเบิกที่อื่นต่อ(โปรดทำเครื่องหมาย / )

เลขที่บัญชี  -  -  -  ประเภทบัญชี :  ออมทรัพย์  กระแสรายวัน

#### กรณีสูญเสียอวัยวะ สายตา

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
- ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ สายตา
- รูปถ่ายอวัยวะที่สูญเสีย
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้าน ของผู้เอาประกันภัย
- สำเนานันทนาการประจำวันสำรวจ (ถ้ามี)
- สำเนากรมธรรม์
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย(ใช้สำหรับการโอนเงิน)

#### กรณีเสียชีวิต

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
- สำเนารายงานผ่าชันสูตรพลิกศพ
- หนังสือรับรองการเสียชีวิต
- ใบมรณบัตร
- สำเนานันทนาการประจำวันสำรวจ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน(ประทับรอย)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย ออกร์ สถาบันหรือบุคคลอื่นใด ที่มีบันทึกข้อมูล การเจ็บป่วย หรือประวัติการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัทฯหรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามิผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....) ตัวบรรจง

(.....) ตัวบรรจง

ความสัมพันธ์.....

วันที่.....

#### \*\* สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

ตรวจรับเอกสารโดย (นาย / นาง / นางสาว) ..... บริษัท.....

โทร..... โทรสาร..... E-mail : .....

#### \*\*\* ติดต่อจัดส่งเอกสารมายัง

บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายสินไหมทั่วไป อาคาร 2 ชั้น 4 ที่อยู่ 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

ติดต่อสอบถามได้ที่ : 0-2670-4444 เบอร์โทร 6417, 6419 และ 6422 กรณีเสียชีวิต (แจ้งทันที)

\*\*\* โปรดกรอกข้อมูลตัวบรรจง เพื่อประโยชน์ของท่าน \*\*\*



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง  
 แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200  
 โทร. 0 2670 4444, 0 2670 4455 โทรสาร : 0 2280 0399  
 www.deves.co.th

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED  
 97, 99 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang Avenue,  
 Borwornnives, Phraanakorn, Bangkok 10200  
 Tel : 0 2670 4444, 0 2670 4455 Fax : 0 2280 0399  
 www.deves.co.th

กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ โทร. 02-554-0921

## บันทึกรับเงินค่าสินไหม

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า ..... ในฐานะครุผู้ได้รับมอบหมายจากผู้เอาประกันภัย ตามกรมธรรม์  
 ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม โรงเรียน.....  
 ชื่อผู้เอาประกันภัย..... กรมธรรม์เลขที่..... ขอรับรองว่าได้รับ  
 เงินค่าสินไหมทดแทนจำนวนทั้งสิ้น..... บาท(..... )  
 จากบริษัท เทเวศ-ประกันภัย จำกัด (มหาชน) โดยโอนเงินเข้าบัญชีโรงเรียนตามที่แนบมานี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ซึ่งข้าพเจ้าจะนำเงินจำนวนดังกล่าวไปจ่ายให้กับผู้เอาประกันภัยต่อไป

ในการรับเงินครั้งนี้เป็นการระงับข้อพิพาทที่มีอยู่ หรือจะมีขึ้นในภายหน้า ให้ถือว่าเป็นการระงับสิ้นไปทั้งหมดใน  
 คราวนี้ โดยจะไม่ดำเนินการเรียกร้องใดๆ ทั้งในทางแพ่งและทางอาญากับบริษัทผู้รับประกันภัย และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการ  
 รักษาหรืออุบัติเหตุครั้งนี้อีกต่อไป หากต่อไปในภายหน้ามีทายาทหรือบุคคลอื่นใดมาโต้แย้งสิทธิจากการรับเงินดังกล่าว  
 ข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าจะขอเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน/ผู้ได้รับมอบหมายจากผู้เอาประกันภัย

( ..... )

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

( ..... )

ลงชื่อ.....พยาน

( ..... )

หมายเหตุ : โปรดแนบบัตรประชาชนของผู้รับเงิน ประกอบบันทึกการรับเงินทุกครั้ง