



แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน สำหรับนักเรียน/นักศึกษา (Student)

<b>ส่วนที่ 1: รายละเอียดผู้เอาประกันภัย กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน</b>			
ชื่อ-สกุลของผู้เอาประกันภัย Insured's Name	อายุ Age	ปี years	วัน/เดือน/ปี เกิด Date of Birth
เลขบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง ID No./Passport No.			
ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง Full Address of Claimant			
โทรศัพท์มือถือ Mobile No.	อีเมล E-mail		
ชื่อสถานศึกษา School	หมายเลขกรมธรรม์ Policy No.		
<b>ส่วนที่ 2: รายละเอียดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย</b>			
วันที่เกิดอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยครั้งแรก Date that the injury or illness first occurred		ลักษณะอาการที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วย Details of injury or illness	
วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident	เวลาที่เกิดเหตุ Time of Accident	สถานที่เกิดเหตุ Place of Accident	
กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ โปรดระบุรายละเอียด			
เสียชีวิตเมื่อวันที่ Date of Death	เวลา Time of Death	สาเหตุการเสียชีวิต Cause of Death	สถานที่เสียชีวิต Country of Death
กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/สูญเสียอวัยวะ/สูญเสียการมองเห็น จากอุบัติเหตุ โปรดระบุรายละเอียด			
วันที่เริ่มทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ/สูญเสียการมองเห็น Date of first determined disability/dismemberment		ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life	
<b>ข้าพเจ้าขอรับค่าสินไหมทดแทนโดย</b>			
<input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชี พร้อมแนบสำเนาหน้าบัญชี..... Transfer to the bank account of the insured or beneficiary and a copy of the bank book			
<input type="checkbox"/> เช็ค ระบุชื่อสถานที่จัดส่ง..... A/C Payee Cheque Delivery Address			
<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับหมายจากบริษัทฯ เพื่อวัตถุประสงค์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน อนึ่ง สำเนาหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ</p>			
ลงชื่อ /Signature.....			
( )			
ผู้เอาประกันภัย/บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง/ผู้มีสิทธิเรียกร้องตามสัญญาประกันภัย			
ความสัมพันธ์..... Relationship		วันที่ ..... Date	