

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

(/) ค่ารักษาพยาบาล (-) ค่ารักษาทันตกรรม (-) ค่าตรวจเช็กรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

() เสียชีวิต (-) เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง () ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง () สูญเสียอวัยวะ () ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว () อื่นๆ.....

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล

รหัสนักศึกษา

1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน		เพศ.....	อายุ.....	ปี.....	อาชีพ.....	นักศึกษา.....
สถานที่ติดต่อปัจจุบัน ชื่อหอพัก/ เลขที่บ้านพัก		โทรศัพท์มือถือ.....				
เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง คณะ/วิทยาลัย.....						
2. กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าตรวจเช็กรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดธนาคารมาพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน)						
โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....						
ชื่อบัญชี.....ของนักศึกษาท่านนั้น.....เลขที่บัญชี.....						
3. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ						
3.1 ชื่อโรงพยาบาล.....วันที่เข้ารักษา.....วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....						
3.2 อาการเจ็บป่วย..... ยกเว้นไม่ต้องกรอกข้อ 3*****						
3.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....						
3.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล.....แผนกที่เข้ารับการรักษา.....						
3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....						
3.6 ได้รับการรักษาโดย () การใช้ยา () การผ่าตัด (ระบุ).....() อื่นๆ (ระบุ).....						
3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....						
*** 4. กรณีที่มีการรักษาที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราวจากการบาดเจ็บ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้						
4.1 สถานที่เกิดเหตุ.....						
4.2 วันที่เกิดเหตุ.....เวลาที่เกิดเหตุ.....						
4.3 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด).....						
4.4 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ.....						
4.5 มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ.....เมื่อวันที่.....						
4.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา.....วันที่ทำการรักษา.....						
4.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา.....แผนกที่ทำการรักษา.....เลขที่ผู้ป่วยนอก.....						
4.8 วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย.....						
4.9 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....						
4.10 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด).....						
..... จำนวนเงินที่ขอเบิก บาท ()						
5. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่.....อายุครรภ์.....สัปดาห์						
6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์.....						

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

(.....) **นักศึกษา**

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ.....

*****เอกสารที่ใช้**

1. กรอกแบบฟอร์มของบริษัท 2. ใบรับรองแพทย์ 3. ใบเสร็จรับเงินฉบับ
(เฉพาะกรณีให้ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้) 4. ใบสรุปหน้ารายการค่ารักษา(ถ้ามี) 5. สำเนาบัตรประชาชน 6. สำเนาหน้าสมุดบัญชี 7. ของนักศึกษา