



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

(/) ค่ารักษาพยาบาล (-) ค่ารักษาทันตกรรม (-) ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
() 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 / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดธนาคารมาพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน)					
โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... สาขา.....					
ชื่อบัญชี นาย/นางสาว (ของนส.ท่านั้น)..... เลขที่บัญชี.....					
3. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ					
3.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารักษา..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....					
3.2 อาการเจ็บป่วย..... *** ข้อ 3.1 - ข้อ 3.7 เกี่ยวกับสุขภาพ ,เจ็บป่วย ไม่มีประกัน ไม่คุ้มครอง ไม่ต้องกรอกข้อมูล***					
3.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....					
3.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล..... แผนกที่เข้ารับการรักษา.....					
3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....					
3.6 ได้รับการรักษาโดย () การผ่าตัด () การฉีดยา () การผ่าตัด (ระบุ)..... () อื่นๆ (ระบุ).....					
3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....					
**** 4. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/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 องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย หนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย
(.....) **นักศึกษา**

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ.....

*****เอกสารที่ใช้**

1. กรอกแบบฟอร์มของบริษัท 2. ใบรับรองแพทย์ 3. ใบเสร็จต้นฉบับ
(เฉพาะกรณีผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้) 4. ใบสรุปหน้ารายการค่ารักษา(ถ้ามี) 5. สำเนาบัตรประชาชน 6. สำเนาหน้าสมุดบัญชี ๕. ของนักศึกษา

