

แบบเรียกร้องค่าทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

Personal Accident Claims Form

เพื่อความสะดวกและรวดเร็วของท่านกรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วน

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

โรงเรียน

วันที่รับแจ้ง

เวลา

 น.

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

คำนำหน้า และชื่อผู้เอาประกันภัย

ชั้น

อายุ

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

จำนวนเงินที่เบิกเป็นเงิน (บาท)

ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับ)

ตัวอักษร (

ที่อยู่ปัจจุบัน

รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ

วันที่เกิดอุบัติเหตุ

เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ

สถานที่เกิดเหตุ

อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร

ส่วนที่ร่างกายได้รับบาดเจ็บ

อุปกรณ์และการรักษาที่กรมธรรม์ไม่คุ้มครอง เช่น การจุดปืน , การครอบฟัน , เข้าเฝือกฟัน , ขูดหินปูน , ฉอนฟัน , การต่อเติมฟันที่บิ่น , ไล่เคียวฟัน , เสือพูงไพล่ , รองเท้ารองเท้าเฝือก , ไม้เท้าค้ำยัน , ถ้าวัยยะเทียม , อาการปวดเมื่อย , กล้ามเนื้ออักเสบ , การฉลยกรรมลบรอยแผลเป็น - รอยด่าง , การดพยาบาล

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอมอบและมอบอำนาจให้นายแพทย์ สถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือผู้ใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และดำเนินการอื่น ๆ ของสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของพยาบาลได้ อนึ่งสำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้ ให้ถือว่ามิผลบังคับเหมือนต้นฉบับ

ผู้เอาประกันภัย

วันที่

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย

ผู้เรียกร้อง (

)