

ลำดับที่.....
วันที่รับเอกสาร.....

KSK Insurance

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุ: <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล	
ACCIDENT CLAIM FORM กรมธรรม์เลขที่ / Policy No	
ชื่อ / Name.....	เพศ / Sex <input type="checkbox"/> ชาย (M) <input type="checkbox"/> หญิง (F)
อายุ / Age.....ปี	โทรศัพท์ / Tex.....
คณะ / Faculty.....	ชั้นปี / Yes <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
รหัสนักศึกษา / Student ID No.....	เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ / Time of Accident.....น.
วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Death.....	<input type="checkbox"/> ภายในมหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> ภายนอก
สถานที่เกิดอุบัติเหตุ / Place of Accident.....	
สาเหตุ / Cause.....	
รายละเอียดของการบาดเจ็บ/ทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ (โปรดระบุอวัยวะแผลและได้รับบาดเจ็บ)	
ชื่อโรงพยาบาลที่รับการรักษา / Name of Hospital.....	
จำนวนเงินที่เบิกสินไหม / Claim.....บาท / bath.	
นักศึกษาทำประกันภัยอื่น ๆ หรือค่าทดแทนอื่นเนื่องมาจากการรักษาครั้งนี้หรือไม่ หากมีกรุณาบรรยายรายละเอียด With what other companies/Please give detail <input type="checkbox"/> มี Yes ระบุ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี No	อุบัติเหตุเกิดขึ้นขณะนักศึกษาทำกิจกรรม <input type="checkbox"/> กิจกรรมที่ไม่เกี่ยวกับการเรียนการสอน <input type="checkbox"/> กิจกรรมระหว่างการเรียนการสอน <input type="checkbox"/> ขณะเดินทางไป-กลับ
ความรุนแรงของอุบัติเหตุที่นักศึกษาได้รับ <input type="checkbox"/> รักษาพยาบาล ประเภท ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> รักษาพยาบาล ประเภท ผู้ป่วยใน	ผลกระทบที่เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุของนักศึกษาที่ส่งผลต่อการศึกษา <input type="checkbox"/> ไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา <input type="checkbox"/> ลาเรียนตามความเห็นแพทย์ จำนวน.....วัน <input type="checkbox"/> หยุดเรียนโดยไม่สามารถกลับมาศึกษาต่อได้

คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ตอบคำถามเหล่านี้ตามความจริงทุกประการ

เอกสารประกอบการพิจารณา <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวนักศึกษา รับรองสำเนาถูกต้อง <input type="checkbox"/> ใบรายงานของแพทย์ผู้ตรวจรักษา ตัวจริง จำนวน.....ฉบับ <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ จำนวน.....ฉบับ <input type="checkbox"/> สำเนาบันทึกประจำวัน (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ	กรณีทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ (เอกสารเพิ่มเติม) <input type="checkbox"/> สำเนาประวัติการรักษา <input type="checkbox"/> บัตรประจำตัวคนพิการ / เอกสารรับรอง <input type="checkbox"/> รูปถ่ายเต็มตัว / รูปถ่ายความพิการอวัยวะที่สูญเสีย
---	--

นักศึกษาประสงค์จะรับเงินโดย

- รับเป็นเช็ค ที่ฝ่ายบริการและสวัสดิการนักศึกษา กองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
 รับเงินเข้าบัญชี เลขที่บัญชี.....ธนาคาร.....สาขา.....

เอกสารที่ต้องแนบ 1. สำเนาบัญชีธนาคาร

ใบมอบฉันทะ

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ผู้รักษา หรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งถึงการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้าต่อ บริษัท เคเอสเค ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้อันหนึ่งสำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย / ทายาทโดยชอบธรรม
วันที่.....