



## แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย ACCIDENT / ILLNESS CLAIM FORM

- ค่ารักษาพยาบาล Medical Expenses  เสียชีวิต Accidental Death  ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง Total Permanent Disability  สูญเสียอวัยวะ Dismemberment  
 ค่าชดเชยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล Compensate for hospital income  อื่น ๆ Other.....

<p>1. ชื่อนามสกุลผู้เอาประกันภัย Insured Name..... เพศ Sex <input type="checkbox"/> ชาย Male <input type="checkbox"/> หญิง Female อายุ Age .....ปี Yrs วันเดือนปีเกิด Date of Birth ...../...../..... หมายเลขบัตรประชาชน/หมายเลขหนังสือเดินทาง ID/Passport Number ..... กรมธรรม์เลขที่ Policy No..... ผู้ถือกรมธรรม์ Policy Holder. ส.พ.ระจิมเกิดัวลาดกิระบังโทรศัพท์ Telephone ..... Email..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ Contact Address *** คณะ / วิทยาลัย .....</p>
<p>2. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ For Illness <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน (IPD) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (Other).....                  2.1 ชื่อสถานพยาบาล Hospital Name..... วันที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก OPD Visit Date ...../...../..... วันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน Admission Date ...../...../..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล Discharge Date ...../...../.....                  2.2 อาการเจ็บป่วย Symptoms..... วันที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย First date of symptoms ...../...../.....                  2.3 ผลการวินิจฉัยของแพทย์ Diagnosis..... โรคประจำตัว Underlying diseases ..... เป็นตั้งแต่เมื่อไหร่ When did you know?..... รักษาที่ใด Where treatment? .....</p>
<p>3. กรณีอุบัติเหตุ/ อุบัติเหตุจราจร/ ถูกทำร้ายร่างกาย/ จราจร/ ก่อการร้าย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ For Accident, Assault, Riot or Terrorism                  3.1 วันที่เกิดอุบัติเหตุ Accident Date ...../...../..... เวลา Time ..... สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Place of accident.....                  3.2 อธิบายรายละเอียดสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ Cause of accident, please description .....                  3.3 อวัยวะตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ และลักษณะบาดแผล Nature of wound and injured organs.....                  3.4 ชื่อสถานพยาบาล Hospital Name..... วันที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก OPD Visit Date ...../...../..... วันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน Admission Date ...../...../..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล Discharge Date ...../...../.....                  3.5 อุบัติเหตุครั้งนี้เคยรักษาที่ไหนมาก่อนหรือไม่ Has this accident ever been preserved? <input type="checkbox"/> ไม่เคย No <input type="checkbox"/> เคย Yes รักษาที่ Where of treatment..... เมื่อวันที่ Date of treatment ...../...../..... (โปรดแนบการรักษา Please, attached documents)                  3.6 มีการแจ้งความหรือไม่ Alert the police <input type="checkbox"/> ไม่มี No <input type="checkbox"/> มี Yes สถานีตำรวจ Police Station.....วันที่ Date ...../...../.....                  3.7 มีการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดหรือไม่ Measure alcohol level <input type="checkbox"/> ไม่มี No <input type="checkbox"/> มี Yes ผลตรวจมีค่า Alcohol Level .....mg% (โปรดแนบผลการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด Please, attached result)</p>
<p>4. กรณีที่เป็นสตรี ท่านมีการครรภ์หรือไม่ For female, are you pregnant? <input type="checkbox"/> ไม่ No <input type="checkbox"/> ใช่ Yes อายุครรภ์ Gestational age.....สัปดาห์ Wks</p>
<p>5. ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย How to receive compensation  <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร Bank Transfer (หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ ที่เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระผิดชอบของข้าพเจ้า If there are any charges, this is my responsibility.)                  ประเภทบัญชี Bank Account Type ..... ธนาคาร Bank Name ..... สาขา Branch .....                  ชื่อบัญชี Account Name ..... เลขที่บัญชี Account No .....                  *พร้อมกันนี้ให้สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ประเภทออมทรัพย์/ กระแสรายวัน* เพื่อเรียก ของผู้เอาประกันภัย* Copy of Passbook in Thailand</p>
<p>6. ข้าพเจ้าประสงค์ขอใบเสร็จต้นฉบับและใบรับรองแพทย์คืนเพื่อเบิกกับสวัสดิการอื่น ๆ ที่อยู่จัดส่งเอกสาร <input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ระบุในเอกสารนี้                  A request for the return of the original receipt and a medical certificate for other benefits <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, Address.....</p>

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง และอนุญาตให้แพทย์โรงพยาบาล บริษัท ประกันภัยองค์กรสถาบันหรือบุคคลที่มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของฉัน เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดต่อ บริษัท อินทราประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้รับเงินสำเนาหนังสือยินยอมนี้จะถือว่าฉันมีผลบังคับใช้อย่างสมบูรณ์

- I hereby certify that all statements are true. And allow doctors, hospitals, insurance companies, organizations, institutions, or individuals. Save my history of illness or medical history. Disclose all facts to Indara Insurance Public Company Limited or the payee. A copy of this consent is deemed to be fully effective.

ลงชื่อ Sign .....ผู้เอาประกันภัย Insured name  
(.....)  
วันที่ Date...../...../.....

ลงชื่อ Sign .....ผู้กระทำการแทน Authorized representative  
(.....)  
วันที่ Date...../...../.....

โปรดระบุความสัมพันธ์ Please specify relationship .....

**\*\*เอกสารที่ใช้เบิกค่ารักษา**  
 1.ใบเสร็จรับเงิน ต้นฉบับ  
 2.ใบรายการค่ารักษา (ถ้ามี)  
 2.ใบรับรองแพทย์ วันเกิดเหตุ และ วันที่แพทย์นัด  
 3.สำเนาบัตรประชาชน.  
 4.สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของนักศึกษา  
 5.จำนวนเงินที่เบิก.....  
 6. ค่าเดินทาง .....บาท (เฉพาะผู้ป่วยนอก)

ที่อยู่จัดส่ง: ฝ่ายสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุ บริษัทอินทราประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
เลขที่ 184 อาคารนครกิจสุรวงศ์ ชั้น 10 ถนนสุรวงศ์ แขวงสี่พระยา เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

\*\* ผู้ประสานงานเบิกสินไหม สจล.  
วรรณภา สุขพันธ์ โทรศัพท์ 02 3298000 ต่อ 3243 เวลาราชการ  
หรือที่ e-mail: wannipha.su@kmitl.ac.th