แบบเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุนักศึกษา

ที่.....เลขที่รับแจ้ง.....

ชื่อ-นามสกุลผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง.....อายุ.....ปี

ศึกษาอยู่ชั้นปีที่.....รหัสประจำตัว.....ภาควิชา/คณะ.....สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

.....กรณีเร่งด่วนติดต่อผู้ปกครองชื่อ.....

โทร.....มือถือ.....

สถานที่เกิดเหตุ.....

วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น.

ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุและอาการที่ได้รับบาดเจ็บโดยสังเขป.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้า.....ในฐานะ ☐ ผู้บาดเจ็บ ☐ ผู้เรียกร้อง ☐ ผู้กระทำการแทน

☐ ขอเรียกร้องค่าทดแทนชดเชยรายวัน วันละ 500 บาท จำนวน.....วัน เป็นจำนวนเงิน.....บาท

(ตัวอักษร.....)

เนื่องจากได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลจาก ☐ บริษัทประกันภัยอื่น ตามกรมธรรม์เลขที่.....

เลขเคลมที่.....☐ สวัสดิการอื่นๆ.....เป็นเงิน.....บาท

(ตัวอักษร.....)

☐ขอเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ เป็นจำนวนเงิน.....บาท

(อักษร.....)

ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาทั้งหมดแก่ กองทุนประกันภัย สถาบันพระบรมราชชนก จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ประทับตราสถานศึกษา)

ลงชื่อ.....

(.....)

☐ ผู้บาดเจ็บ ☐ ผู้เรียกร้อง ☐ ผู้กระทำการแทน