

ขั้นตอนการยื่นคำร้องขอเบิกค่าสินไหมทดแทน

(กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ)

ขั้นตอนที่ 1

นักศึกษาติดต่อเจ้าหน้าที่งานวินัยและสวัสดิภาพนักศึกษา อาคารศูนย์บริการนักศึกษาพิการ (DSS) (อาคารชั้นเดียวอยู่ตรงกลางระหว่าง สำนักงานอธิการบดี 1 กับสำนักงานอธิการบดี 2) เพื่อรับแบบฟอร์ม

ขั้นตอนที่ 2

กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนพร้อมแนบเอกสารให้ครบถ้วนตามแบบฟอร์ม

1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย บริษัท เออร์โกประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
2. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
3. ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง)
4. ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง)
5. สำเนาบัตรนักศึกษา
6. สำเนาบัตรประชาชน
7. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของนักศึกษา (ของตัวเองเท่านั้น)

ขั้นตอนที่ 3

นำส่งเอกสารให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องให้ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 4

1. เจ้าหน้าที่ดำเนินการเบิกจ่ายตามขั้นตอน
2. บริษัทประกันภัยแจ้งผลการเบิกจ่าย
3. เจ้าหน้าที่แจ้งผลการเบิกจ่าย



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากการเกิดอุบัติเหตุ

เรียน บริษัท เออร์โกประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

ตามที่ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ได้ทำประกันอุบัติเหตุหมู่กับบริษัทเออร์โก ประเทศไทย จำกัด (มหาชน) ขณะนี้ได้มีนักศึกษาได้รับอุบัติเหตุ คือ ชื่อ - สกุล.....ชั้นปีที่.....
คณะ.....รหัสนักศึกษา.....เบอร์โทรศัพท์.....
ที่อยู่ปัจจุบัน/ผู้ที่สามารถติดต่อได้บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....
ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
สาเหตุ/สถานที่เกิดเหตุ/วันเวลา.....

จำนวนเงินที่ขอเบิกค่าประกัน จำนวน.....บาท (.....)
บัญชีธนาคารที่โอนเงิน ธนาคาร.....สาขา.....บัญชีเลขที่.....

เอกสารประกอบการเบิกค่าสินไหมทดแทน

- ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) จำนวน.....ฉบับ
- ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง) จำนวน.....ฉบับ
- สำเนาบัตรนักศึกษา จำนวน.....ฉบับ
- บัตรประจำตัวประชาชน จำนวน.....ฉบับ
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีของนักศึกษา (ของตัวเองเท่านั้น)

ลายมือชื่อ (ผู้ขอเบิกค่าประกัน)
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลายมือชื่อ (เจ้าหน้าที่ผู้รับเอกสาร).....
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

งานวินัยและสวัสดิภาพนักศึกษา สำนักงานพัฒนานักศึกษา

โทรศัพท์ 045 - 353012

ข้อมูลกรมธรรม์ Policy Data

กรมธรรม์ประกันภัย Policy Number

วันที่รับเงิน Date of Receipt

เวลา

น.

เพื่อความรวดเร็ว โปรดแนบรายงานแพทย์และใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลด้วยจึงสามารถรีบไปเบิกเงิน

To ensure efficient service, please attach the Physician's Report and the original Medical Treatment Receipt with this form.

ข้อมูลผู้ประกันตน Insured's Data

ชื่อผู้ประกันตน Insured's Name

เพศ Sex

อายุ Age

เบอร์โทรศัพท์ Tel.

ที่อยู่ปัจจุบัน Address

อาชีพ Occupation

ตำแหน่งงาน Position

ชื่อของนายจ้าง Employer's Name

เบอร์โทรศัพท์ Tel.

ที่อยู่ของนายจ้าง Employer's Address

รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ / การบาดเจ็บ Accident / Injury's Data

วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident

เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ Time of Accident

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Place of Accident

รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ (โดยละเอียด) Describe Accident in Detail

ขณะเกิดอุบัติเหตุ ท่านกำลังเดินทางอยู่หรือไม่

ใช่

ไม่ใช่

ถ้าใช่ กำลังเดินทางจาก

ถึง

ชื่อและเลขทะเบียนของยานพาหนะ (รถยนต์/รถจักรยานยนต์/รถไฟ/รถประจำทาง/สายการบิน ฯลฯ)
Exact Conveyance (Vehicle/Motorcycle/Train/Bus/Airline, etc.)
with Plate No./Route No. and/or Flight No.

โปรดแจ้งชื่อบุคคล: ที่อยู่ของท่านผู้เห็น
Name and Address of the Witness

รายละเอียดของความบาดเจ็บที่ได้รับ (ส่วนข้อ ข่าวดังที่ได้รับบาดเจ็บและลักษณะของอาการบาดเจ็บ)
Describe Injury in detail (Part(s) of injury and Nature of Injury)

ท่านกำลังเรียกร้องค่าทดแทนประกันภัยหรือค่าทดแทนอื่นใดเนื่องจากความบาดเจ็บ / เสียชีวิตครั้งนี้หรือไม่?

มี

ไม่มี

ถ้ามี โปรดระบุสถานที่

Are you making any other Insurance or Compensation Claims as result of this Injury/Death?

ชื่อบริษัท / หน่วยงาน (หากกำลังเรียกร้อง)
Name of Company/Bureau (If Yes)

หนังสือให้ความยินยอม Authorization

ข้าพเจ้าขอยินยอมและขอมอบอำนาจให้บุคคลที่ สอนพยาบาล โรงพยาบาล หรือศูนย์ใด ๆ ใดที่กระทำการ รวบรวม รักษา ส่งต่อ และรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อมูลหรือส่งมอบหมายที่ได้รับมอบหมายจากข้าพเจ้าแก่บริษัทประกันภัย หรือตัวแทนของบริษัทประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย หรือการเรียกร้องค่าเสียหาย หรือการจ่ายค่าสินไหมทดแทน หรือการจ่ายค่าเบี้ยประกันภัย หรือการจ่ายค่าคุ้มครองประกันภัย

I hereby authorize any physician, clinic, hospital or other person who has attended or examined me to furnish to the company or its authorized representatives and all information with respect to any illness, injury, medical history, consultation, prescription or treatment, and copies of all clinic or hospital or medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the originals.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ I hereby certify that the above statements are true and correct.

ผู้ขอประกัน / ผู้เรียกร้อง
Insured/Claimant (

)วันที่
)Date

ความสัมพันธ์กับผู้ขอประกัน
Relationship with Insured