



เอกสารแนบนำการประกันอุบัติเหตุ

ประจำปีการศึกษา 2567

โดยบริษัท สยามสไมล์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

อุบัติเหตุ คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันจากปัจจัยภายนอกร่างกาย โดยมีได้หวังหรือเจตนาของผู้เอาประกัน และทำให้เกิดอาการบาดเจ็บทางร่างกาย อันเป็นผลโดยตรงจากอุบัติเหตุ เช่น มีบาดแผลเขียว ฟกช้ำ บวม ฉีก รอยเขียวเล็บกัดของสัตว์ การแตกหักของกระดูก เป็นต้น

1. ผู้มีสิทธิได้รับความคุ้มครอง

- นักเรียนโรงเรียนยุพราชวิทยาลัยทุกคน
- คณะครูและบุคลากรทางการศึกษาโรงเรียนยุพราชวิทยาลัยทุกคน

2. ระยะเวลาคุ้มครอง

ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2567 - 1 เมษายน 2568 เวลา 16.00 น. (รวมระยะเวลา 1 ปี)

3. ค่าสินไหมทดแทน

- ค่ารักษาพยาบาลไม่เกิน 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)/ต่อครั้ง
- กรณีเสียชีวิตจ่าย 120,000 บาท (หนึ่งแสนสองหมื่นบาทถ้วน)

4. ความคุ้มครอง

- ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ทุกโรงพยาบาลและคลินิกทั่วประเทศไทย โดยวิธีการเข้ารับการรักษาโดยสำรองเงินจ่ายก่อน
- ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาโดยไม่ต้องสำรองจ่าย แต่ต้องยื่นบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรทางราชการออกให้ ที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก พร้อมบัตรประจำตัวนักเรียนโรงเรียนยุพราชวิทยาลัย เพื่อยืนยันบุคคล มิฉะนั้นจะต้องสำรองเงินจ่ายในการเข้ารับการรักษา ระยะเวลาคุ้มครองคือวันที่ 1 เมษายน 2567 เวลา 16.00 น. ถึง วันที่ 1 เมษายน 2568 เวลา 16.00 น.

5. โรงพยาบาลที่ไม่ต้องสำรองจ่าย เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลและค่ารักษาพยาบาล

ไม่เกิน 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

- | | |
|--|--|
| 1. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ | 2. ศูนย์ศรีพัฒน์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ตึกศรีพัฒน์) |
| 3. โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เชียงใหม่ | 4. โรงพยาบาลเซ็นทรัลเชียงใหม่เมโมเรียล |
| 5. โรงพยาบาลลานนา | 6. โรงพยาบาลเชียงใหม่ไกรหลา |
| 7. โรงพยาบาลราชเวช เชียงใหม่ | 8. โรงพยาบาลเทพปัญญา |
| 9. โรงพยาบาลเชียงใหม่เมดิคอล เซ็นเตอร์ | 10. โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม |
| 11. โรงพยาบาลกรุงเทพเชียงใหม่ | 12. โรงพยาบาลเชียงใหม่ ฮอสพิทอล |
| 13. โรงพยาบาลสันกำแพง | 14. โรงพยาบาลสันทราย |
| 15. โรงพยาบาลสารภี | 16. โรงพยาบาลนครพิงค์ (ผู้ป่วยใน) |

6. การเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลโดยนำเอกสารมาติดต่อที่ เรือนพยาบาล ฝ่ายบริหารทั่วไป

- กรณีบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต้องมีเอกสาร ดังนี้

1. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง
2. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง โดยแพทย์ต้องมีใบประกอบโรคศิลป์ และต้องระบุสาเหตุ-ตำแหน่งอาการที่ได้รับบาดเจ็บให้ละเอียดชัดเจน
3. สำเนา Book Bank. หรือ โหลด PromptPay. ของผู้ปกครอง
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนนักเรียนหรือสำเนาบัตรประจำตัวนักเรียน
5. สำเนาทะเบียนบ้านนักเรียน
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนเจ้าของ Book Bank (ผู้ปกครอง)
7. กรอกข้อมูลแบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุนักเรียน นักศึกษา Student Accident Claims Form (เอกสารและตัวอย่างการกรอกเอกสารข้อมูล อยู่ด้านล่าง) สามารถปริ้นท์เอกสารด้วยตนเองหรือมารับเอกสารกรอกข้อมูล ณ เรือนพยาบาล โรงเรียนยุพราชวิทยาลัย
8. กรอกข้อมูลบันทึกได้รับสินไหมทดแทน (เอกสารและตัวอย่างการกรอกเอกสารข้อมูล อยู่ด้านล่าง) สามารถปริ้นท์เอกสารด้วยตนเอง หรือ มารับเอกสารกรอกข้อมูล ณ เรือนพยาบาลโรงเรียนยุพราชวิทยาลัย

วิทยาลัย

หมายเหตุ : - การขอรับเงินประกัน จะได้รับเงิน เมื่อบริษัทฯ ได้รับเอกสารครบถ้วน โดยตัวแทนบริษัทฯ จะมารับเอกสาร ณ เรือนพยาบาลโรงเรียนยุพราชวิทยาลัยทุกวันพุธของสัปดาห์และบริษัทฯ จะโอนเงินเข้า Book Bank ของผู้ปกครองผู้รับเงินประกัน ภายใน 7 วันทำการ

- กรณีสูญเสียอวัยวะต้องมีเอกสาร ดังนี้

1. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง
2. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง โดยแพทย์ต้องมีใบประกอบโรคศิลป์ และต้องระบุสาเหตุ-ตำแหน่งอาการที่ได้รับบาดเจ็บให้ละเอียดชัดเจน
3. รูปภาพและฟิล์มเอ็กซเรย์ที่แสดงให้เห็นถึงการสูญเสียของอวัยวะนั้นๆ อย่างชัดเจน

- กรณีเสียชีวิตต้องมีเอกสารดังนี้

1. ใบมรณะบัตร
2. หนังสือรับรองการตาย
3. ใบรายงานชันสูตรพลิกศพของสถาบันนิติเวช
4. รายงานบันทึกประจำวันของตำรวจการเกิดเหตุและการเสียชีวิต
5. บัตรประจำตัวผู้เสียชีวิตและบัตรประจำตัวประชาชน
6. ทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิตประทับตรา คำว่า “ตาย”
7. บัตรประจำตัวประชาชน และ ทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์ (บิดา-มารดา) ต้องมีทั้งคู่
8. ทะเบียนสมรส (ถ้ามี) การลงชื่อของผู้ใด ผู้นั้นต้องเป็นผู้ลงชื่อเท่านั้น
9. เบอร์โทรศัพท์ญาติผู้เสียชีวิตและตำรวจ
10. กรณีถูกยิง ถูกทำร้าย ต้องมีผลสรุปคดีจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ

การติดต่อ

- ▶ ฝ่ายบริหารทั่วไป โรงเรียนยุพราชวิทยาลัย โทรศัพท 053-212168
หัวหน้างานประกันอุบัติเหตุโรงเรียนยุพราชวิทยาลัย
คุณครูกุลยารัตน์ ก้อนแก้ว โทรศัพท 098-8358789

> ตัวแทนบริการ

- คุณคณิตดา อุตมะโน โทรศัพท 084-8109928
สนง.สยามสไมล์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) โทรศัพท 085-6958486
Call center Siamsmile 1434

หมายเหตุ

1. อุบัติเหตุจากจรรยาจรให้เบิก พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 ก่อน ส่วนที่เหลือนำมาเบิกจากบริษัท สยามสไมล์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (ทั้งนี้สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจาก พ.ร.บ. เบิกได้ตามจริง)
2. กรณีถูกทำร้ายร่างกายต้องแนบใบแจ้งความ และเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ภายใน 15 วัน นับจากวันที่เกิดเหตุ
3. เมื่อเกิดอุบัติเหตุและเข้ารับรักษาที่สถานพยาบาลหลายแห่ง ต้องขอใบรับรองแพทย์จากสถานพยาบาลทุกแห่งมาประกอบการเบิก
4. เพื่อความชัดเจนและรวดเร็วในการพิจารณาสินไหม โปรดหลีกเลี่ยง การจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่สถานพยาบาลในลักษณะเหมาจ่าย ซึ่งลักษณะดังกล่าวมักเกิดกับการรักษาฟัน การฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า เป็นต้น

“เอกสารนี้มีใช้สัญญาประกันภัย ข้อกำหนดและเงื่อนไขของสัญญาประกันภัยมีระบุไว้ในกรมธรรม์”

ตารางผลประโยชน์และความคุ้มครอง

เงื่อนไขการให้ความคุ้มครอง	วงเงิน (บาท)
วงเงินการรักษาพยาบาลต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้งไม่เกิน	10,000.-
กรณี เสียชีวิต	
1. เสียชีวิต เนื่องจากอุบัติเหตุ โดยความรับผิดชอบสถานศึกษา คุ้มครอง 2 เท่า	240,000.-
2. เสียชีวิต เนื่องจากอุบัติเหตุทั่วไป	120,000.-
3. เสียชีวิต เนื่องจากข้อซ้นท่ายรถจักรยานยนต์	120,000.-
4. เสียชีวิต เนื่องจากถูกฆาตกรรมลอบทำร้ายร่างกาย	120,000.-
5. เสียชีวิต เนื่องจากโรคภัยไข้เจ็บ (ค่าปลงศพ)	30,000.-
ทุพพลภาพโดยถาวร	
ทุพพลภาพโดยถาวร	120,000.-
สูญเสียอวัยวะ (อบ.2)	
1. สูญเสียอวัยวะ (แขน,ขา,ตา) 2 ข้างขึ้นไป	120,000.-
2. สูญเสียอวัยวะ (แขน,ขา,ตา) 1 ข้าง	72,000.-
3. หูหนวก 2 ข้าง หรือเป็นใบ้	60,000.-
4. สูญเสียนิ้วหัวแม่มือ 2 ข้าง	30,000.-
5. หูหนวก 1 ข้าง	18,000.-
6. สูญเสียนิ้วหัวแม่มือ 1 ข้าง	12,000.-
7. สูญเสียนิ้วชี้ 3 ข้าง	12,000.-
8. สูญเสียนิ้วชี้ 2 ข้าง	9,600.-
9. สูญเสียนิ้วชี้ 1 ข้าง	4,800.-
10. สูญเสียนิ้วมืออื่น ๆ แต่ละนิ้ว (ไม่น้อยกว่า 2 ข้าง) นอกจากนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้	6,000.-
11. สูญเสียนิ้วหัวแม่มือ	6,000.-
12. สูญเสียนิ้วเท้าอื่น ๆ แต่ละนิ้ว (ไม่น้อยกว่า 1 ข้าง) นอกจากนิ้วหัวแม่มือ	1,200.-

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุนักเรียน นักศึกษา Student Accident Claims Form

CLPA.....	บริษัท
กรรมธรรม์เลขที่ : วันที่รับแจ้ง :	
ชื่อสถานศึกษา : โรงเรียนยุพราชวิทยาลัย	
ข้อมูลผู้เอาประกัน	
ชื่อผู้เอาประกัน : อายุ : ปี เลขบัตรประชาชน :	
เลขบัตรประจำตัวนักศึกษา : ระดับ : ชั้นปี : โทร :	
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ :	
จำนวนเงินที่เบิกเป็นเงิน : บาท ตัวอักษร (.....) ใบเสร็จค่ารักษา : ฉบับ	
วันที่เกิดอุบัติเหตุ : เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ : น. สถานที่เกิดเหตุ :	
รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ (โดยละเอียด)	
การเจ็บป่วย / การเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ ผู้เอาประกัน ☐ ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน ☐ เคยรักษามาก่อน โดยได้เข้ารับการรักษายาบาลที่โรงพยาบาล..... เมื่อวันที่ : โดยได้ใช้สิทธิไปแล้ว เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น : บาท ยังคงเหลือเงินตามสิทธิสำหรับค่ารักษายาบาลอีก : บาท ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งหรือให้ข้อมูลใด ๆ ต่อบริษัทหรือผู้แทนอื่นใดที่ได้รับมอบอำนาจถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ตลอดจนเอกสารอื่นใดอันเกี่ยวข้องกับการเรียกร้องสินไหมทดแทนครั้งนี้ อนึ่ง สำเนาของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ	
(ประทับตราสถานศึกษา)	ลงชื่อ * (ผู้เอาประกันภัย) (.....) วันที่
สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาโรค	
ชื่อ - สกุล ผู้บาดเจ็บ : HN :	
วันที่ทำการตรวจรักษา : เวลา : น. ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา :	
สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ (Case of accident) :	
อาการบาดเจ็บที่ได้รับ (Illness / Injury) :	
การวินิจฉัยโรคมีความเห็นว่า (Diagnosis) :	
(ประทับตราสถานพยาบาล)	ลงชื่อ (แพทย์ผู้ตรวจรักษา) (.....)
ใบประกอบวิชาชีพเลขที่ วันที่ลงความเห็น	

ตัวอย่าง

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุนักเรียน นักศึกษา Student Accident Claims Form

CLPA.....	บริษัท
กรมธรรม์เลขที่ :	วันที่รับแจ้ง :
ชื่อสถานศึกษา : โรงเรียนยุพราชวิทยาลัย	
ข้อมูลผู้เอาประกัน	
ชื่อผู้เอาประกัน :	อายุ :ปี เลขบัตรประชาชน :
เลขบัตรประจำตัวนักศึกษา :	ระดับ : ชั้นปี : โทร :
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ :	
จำนวนเงินที่เบิกเป็นเงิน :	บาท ตัวอักษร (.....) ใบเสร็จค่ารักษา :ฉบับ
วันที่เกิดอุบัติเหตุ :	เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ : น. สถานที่เกิดเหตุ :
รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ (โดยละเอียด)	
การเจ็บป่วย / การเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ ผู้เอาประกัน ☐ ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน ☐ เคยรักษามาก่อน โดยได้เข้ารับการรักษายาบาลที่ โรงพยาบาล..... เมื่อวันที่ : โดยได้ใช้สิทธิไปแล้ว เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น :บาท ยังคงเหลือเงินตามสิทธิสำหรับค่ารักษาพยาบาลอีก :บาท ข้าพเจ้าขอมอบอันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้ง กับการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ตลอดจนเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องสินไหมทดแทนครั้งนี้ อนุมัติ สำเนาของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ	
(ประทับตราสถานศึกษา)	ลงชื่อ X..... (ผู้เอาประกันภัย) (X.....) วันที่
สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาการออก	
ชื่อ - สกุล ผู้บาดเจ็บ :	HN :
วันที่ทำการตรวจรักษา :	เวลา : น. ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา :
สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ (..... of accident) :	
ผู้บาดเจ็บได้รับ (..... / Injury) :	
แพทย์มีความเห็นว่า (Diagnosis) :	
(ประทับตราสถานพยาบาล)	ลงชื่อ (แพทย์ผู้ตรวจรักษา) (.....)
ใบประกอบวิชาชีพเลขที่ วันที่ลงความเห็น	

กรอกข้อมูลผู้เช่าประกัน

***ยกเว้น จำนวนเงิน

ต้องเป็นเจ้าหน้าที่บริษัทฯ เท่านั้น

กรอกข้อมูลผู้เอาประกัน

เฉพาะชองนี้เทานัน

*** งานประกันอุบัติเหตุ โรงเรียนยุพราชวิทยาลัย
จะเป็นผู้ประทับตราสถานศึกษา ก่อนส่งบริษัท

บันทึกรับเงินสินไหมทดแทน

เขียนที่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 25.....

ชื่อโรงเรียน (สถานศึกษา)โรงเรียนยุพราชวิทยาลัย..... ผู้รับประกันภัยตาม
สัญญากรมธรรม์เลขที่..... (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้รับเงิน")ได้รับเงิน
ค่าสินไหมทดแทนทั้งสิ้นจำนวน.....บาท (.....)
จาก..... (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้รับประกันภัย")
โดยถูกต้องและครบถ้วนแล้ว ตามวันเดือนปีที่ได้ระบุข้างต้น

เงินจำนวนนี้ เป็นการชำระค่าสินไหมทดแทน ในการเรียกร้องสินไหมทดแทน เนื่องจากการประสบอุบัติเหตุของผู้เอาประกันภัย
ดังรายการต่อไปนี้.....
.....
.....
.....
.....

ข้าพเจ้าได้ตกลงยินยอมให้ถือว่า การชำระเงินสำหรับความเสียหายรายนี้เป็นที่พอใจแก่ข้าพเจ้า เป็นการระงับข้อพิพาทที่มีอยู่ หรือจะมีขึ้น
ในภายภาคหน้า อีกทั้งเป็นการเลิกราปลดเปลื้องสิทธิเรียกร้องทั้งทางแพ่งและทางอาญาต่อผู้รับประกันภัย ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องสินไหมทดแทน
ใด ๆ จากผู้รับประกันภัยอีกต่อไป หากต่อไปในภายภาคหน้ามีทายาท หรือบุคคลอื่นใดมาโต้แย้งสิทธิจากการรับเงินค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวข้างต้น
ข้าพเจ้าตกลงยินยอมเป็นผู้รับผิดชอบใช้ให้ทั้งสิ้น

อนึ่ง เมื่อผู้รับประกันภัยได้จ่ายค่าสินไหมทดแทนให้กับข้าพเจ้าจนครบถ้วนแล้ว ดังนั้น บริษัทฯ ในฐานะผู้รับประกันภัย ย่อมมีสิทธิ
ตามกฎหมายที่จะไปไล่เบี้ยเอาค่าสินไหมทดแทน หรือค่าเสียหายจำนวนดังกล่าวคืนจากผู้กระทำละเมิดข้าพเจ้าต่อไป เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าจึงได้
ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ประทับตราสถานศึกษา

CLAIM ON LINE	
ผู้ส่ง.....รหัส.....	
(ลงนามด้วยตัวบรรจง)	
วันที่ส่ง.....	
ผู้รับ.....รหัส.....	
(ลงนามด้วยตัวบรรจง)	
วันที่รับ.....	

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ : กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงินที่ลงลายมือชื่อรับรองแล้ว มาพร้อมบันทึกรับเงินสินไหมฉบับนี้

ตัวอย่าง

บันทึกรับเงินสินไหมทดแทน

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ. 25.....

ชื่อโรงเรียน (สถานศึกษา) โรงเรียนยุพราชวิทยาลัย ผู้รับประกันภัยตามสัญญากรมธรรม์เลขที่ (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้รับประกันภัย")
ค่าสินไหมทดแทนทั้งสิ้นจำนวน บาท (.....)
จาก (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้รับประกันภัย")
โดยถูกต้องและครบถ้วนแล้ว ตามวันเดือนปีที่ระบุข้างต้น

เงินจำนวนนี้ เป็นการชำระค่าสินไหมทดแทน ในการเรียกร้องสินไหมทดแทน เนื่องจากการประสบอุบัติเหตุของผู้เอาประกันภัย ดังรายการต่อไปนี้

ข้าพเจ้าได้ตกลงยินยอมให้ถือว่า การชำระเงินสำหรับความเสียหายรายนี้เป็นที่พอใจแก่ข้าพเจ้า เป็นการระงับข้อพิพาทที่มีอยู่ หรือจะเกิดขึ้น ในภายภาคหน้า อีกทั้งเป็นการเลิกจ้างปลดปล่อยสิทธิเรียกร้องทั้งทางแพ่งและทางอาญาของผู้รับประกันภัย ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องสินไหมทดแทนใด ๆ จากผู้รับประกันภัยอีกต่อไป หากต่อไปในภายภาคหน้ามีทายาท หรือบุคคลอื่นใดมาโต้แย้งสิทธิจากการรับเงินค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้าตกลงยินยอมเป็นผู้รับผิดชอบใช้ให้ทั้งสิ้น

อนึ่ง เมื่อผู้รับประกันภัยได้จ่ายค่าสินไหมทดแทนให้กับข้าพเจ้าจนครบถ้วนแล้ว ดังนั้น บริษัทฯ ในฐานะผู้รับประกันภัย ย่อมมีสิทธิตามกฎหมายที่จะไปไล่เบี้ยเอาค่าสินไหมทดแทน หรือค่าเสียหายจำนวนดังกล่าวคืนจากผู้กระทำละเมิดข้าพเจ้าต่อไป เพื่อเป็นหลักประกัน ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

กรอกข้อมูลรับเงินสินไหมทดแทน

*** ลงชื่อ เฉพาะตรงช่องผู้รับเงิน เท่านั้น

ชื่อผู้รับเงิน ต้องเป็นผู้ปกครองหรือเจ้าของ Book Bank ที่แนบมาเท่านั้น

ประทับตราสถานศึกษา

CLAIM ON LINE

ผู้ส่ง รหัส
(ลงนามด้วยตัวบรรจง)
วันที่ส่ง
ผู้รับ รหัส
(ลงนามด้วยตัวบรรจง)
วันที่รับ

หมายเหตุ : กรุณาแนบบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับเงินที่ลงลายมือชื่อรับรองแล้ว มาพร้อมบันทึกรับเงินสินไหมฉบับนี้

Claims Form

Ver. 22.11.65

*** งานประกันอุบัติเหตุ โรงเรียนยุพราชวิทยาลัย
จะเป็นผู้ประทับตราสถานศึกษา ก่อนส่งบริษัท