



44/1 อาคารรุ่งโรจน์ถนุก ชั้น 12 ถนนวิภาวดี แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร +66 2202 9500 โทรสาร +66 2202 9555 ทะเบียนเลขที่ 0107555000597  
 •สุราษฎร์ธานี โทร. 0-7721-9896-9 FAX. 0-7721-9900 •ภูเก็ต โทร. 0-7623-2600-3 FAX. 0-7623-2604 •หาดใหญ่ โทร. 0-7436-5376-8 FAX. 0-7436-5382 •เชียงใหม่ โทร. 0-5387-6280-4 FAX. 0-5323-3912  
 •อุดรธานี โทร. 0-4222-3431 FAX. 0-4221-2054 •อุบลราชธานี โทร. 0-4526-2900 FAX. 0-4526-2088 •พิษณุโลก โทร. 0-5522-4213-4 FAX. 0-5522-3332  
 •นครราชสีมา โทร. 0-4428-2716-8 FAX. 0-4428-2719 •ชลบุรี(พัทยา) โทร. 0-3871-6959-1 FAX. 0-3871-6788 •นครปฐม โทร. 0-3421-9498-500 FAX. 0-3421-9192

## แบบเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุนักเรียน / นักศึกษา

ชื่อสถานศึกษา.....กรมธรรม์เลขที่.....เลขรับแจ้งที่.....

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

ห้อง.....รหัสประจำตัว.....ภาควิชา/คณะ.....วิชาเอก.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทร.....

กรณีเร่งด่วนติดต่อผู้ปกครองชื่อ.....โทร.....มือถือ.....

สถานที่เกิดเหตุ.....

วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุและอาการที่ได้รับบาดเจ็บ ดังแสดงใบ.....

ข้าพเจ้าในฐานะผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง / หรือผู้กระทำการแทน

ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลจาก บริษัทผู้รับประกันภัยอื่นหรือสวัสดิการอื่นฯ แล้ว  
 จากบริษัทประกันภัยอื่น/ สวัสดิการอื่นฯ..... ตามกรมธรรม์เลขที่.....  
 เลขเคลมที่..... เป็นเงิน ..... บาท (.....)

ไม่ได้ใช้สิทธิ เพราะ.....

ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา.....

จำนวนค่ารักษาพยาบาล / ค่าทดแทน ที่เรียกร้อง ..... บาท (.....)

ข้าพเจ้า ยินยอมให้แพทย์หรือพยาบาล ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการรักษาทั้งหมดแก่ บริษัท สยามซิตีประกันภัย จำกัด (มหาชน) จึงขอลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ประทับตราสถานศึกษา) ลงชื่อ..... ผู้บาดเจ็บ / ผู้เรียกร้อง / ผู้กระทำการแทน  
 (.....) วันที่.....

**สำหรับแพทย์ผู้ตรวจรักษา** ตรวจรักษาวันที่..... เวลา..... น.

ชื่อสถานพยาบาลที่ตรวจรักษา.....

การวินิจฉัยโรคมึ่ความเห็นว่า.....

.....  
 .....  
 .....

(ประทับตราสถานพยาบาล)

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจรักษา  
 (.....)

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่..... วันที่ลงความเห็น.....

เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน กรุณากรอกข้อความให้ละเอียดชัดเจนและถูกต้องมากที่สุด

หน้า..... ลำดับที่ .....  
 (แบบเรียกร้องนี้สามารถถ่ายเอกสารใช้แทนได้)