



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ..... โทร. ....

ที่ - ..... วันที่ .....

เรื่อง ขอส่งเอกสารเบิกค่ารักษาพยาบาลจากประกันอุบัติเหตุ

เรียน .....

ด้วย ข้าพเจ้า...../พนักงาน/ลูกจ้างมหาวิทยาลัย

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

ได้ประสบอุบัติเหตุ.....เมื่อวันที่.....

และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาล.....

ในการนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอส่งเอกสารเบิกค่ารักษาพยาบาลจากประกันอุบัติเหตุ

จำนวน.....บาท (.....)

พร้อมนี้ได้แนบเอกสารเพื่อพิจารณา ดังนี้

- |  |              |
|--|--------------|
| ๑. ใบเสร็จรับเงินพร้อมใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง)   | จำนวน ๑ ชุด  |
| ๒. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร                          | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๓. สำเนาบัตรข้าราชการ/พนักงาน/ลูกจ้างมหาวิทยาลัย | จำนวน ๑ ฉบับ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบคุณยิ่ง

(.....)

.....  
ตำแหน่ง.....



**บริษัท สินมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
**SYN MUN KONG INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED**

(PA-02)

313 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240  
 แผนกสินไหมเบ็ดเตล็ด โทรศัพท์ 0-2378-7000 ต่อ 7024, 7028  
 โทรสาร 02-377-2097, 02-377-1630

หนังสือเรียกร้องสินไหมทดแทนอุบัติเหตุ  สูญเสียอวัยวะ  ทูพพลภพ  ค่ารักษาพยาบาล

ชื่อกรมธรรม์ Policy's Name	เลขที่กรมธรรม์ Policy No.	วันเริ่มคุ้มครอง วันสิ้นสุดบังคับ
ชื่อผู้ป่วยหรือบาดเจ็บ Claimant	อายุ Age	เพศ Sex
ที่อยู่ Address	โทรศัพท์ Telephone	
สถานที่ทำงาน Place of Employment	โทรศัพท์ Telephone	
อาชีพและตำแหน่ง Occupation		
เลขที่บัตรประจำตัว ID Card number	<input type="checkbox"/> ประชาชน Citizen	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ Official
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ Other	

**รายละเอียดการเกิดเหตุ ACCIDENT CLAIM INFORMATION**

วันที่เกิดเหตุ Date of Accident
เวลาที่เกิดเหตุ Time of Accident
สถานที่เกิดเหตุ Place of Accident
รายละเอียดการเกิดเหตุ Circumstance
ลักษณะการบาดเจ็บ บาดแผล และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ Nature of Injury
วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย Date of Last Treatment
อาการปัจจุบัน Present Condition

ชื่อสถาบันหรือบริษัทและเลขที่กรมธรรม์ กรณีได้รับสวัสดิการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น **Other Insurance**

ชื่อบริษัท NAME	เลขที่กรมธรรม์ POLICY NO.	จำนวนเงินเอาประกัน AMOUNT	ประเภทของการประกัน TIP OF INSURANCE
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่โรงพยาบาล แพทย์ บริษัทประกันภัยหรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจรักษา หรือรับประกันข้าพเจ้าหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งในอดีต และปัจจุบัน มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และสำเนาประวัติทางการแพทย์ ทั้งหมดรวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันและการเรียกร้องค่าชดเชยต่อ บริษัท สินมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ หนึ่ง สำเนา ใบมอบอำนาจฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับผลประโยชน์  
 (.....)  
 วันที่.....

ลงชื่อ ..... ผู้ทำการแทน  
 (.....)  
 วันที่.....