




โครงการประกันอุบัติเหตุนักเรียน ปีการศึกษา 2563

- โรงเรียนได้ทำประกันอุบัติเหตุให้นักเรียนทุกคน ประจำปีการศึกษา 2563 กับบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ในวงเงิน 25,000 บาทต่ออุบัติเหตุ 1 ครั้ง , เสียชีวิต 100,000 บาท
- เริ่มคุ้มครอง วันที่ 25 มิถุนายน 2563 จนถึง 25 มิถุนายน 2564 ต่อเนื่องจากบริษัท เอ ไอ เอ จำกัด
- การคุ้มครองตลอด 24 ชั่วโมง ทุกสถานที่

วิธีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีประสบอุบัติเหตุ

- กรณีไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลในเครือข่ายบริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ต้องนำบัตรประกันภัย หรือ บัตรประชาชน ไปยื่นกับสถานพยาบาลในเครือข่ายฯ โดยไม่ต้องสำรองจ่าย
- กรณีไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลที่ไม่อยู่ในเครือข่ายฯ ต้องสำรองจ่าย และนำเอกสารต่อไปนี้ มายื่นที่ห้องพยาบาลของโรงเรียน [พร้อมกรอกเอกสารแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม\(A01\)](#) 

 - ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงที่แสดงรายการค่ารักษาพยาบาล
(กรณีใบเสร็จรับเงินฉบับจริง เป็นรายการรวมต้องมีรายละเอียดค่าใช้จ่าย หรือใบสรุปหน้างบประมาณประกอบด้วย)
 - ใบรับรองแพทย์ที่ระบุชื่อโรค การเกิดเหตุ อาการ และบริเวณที่เป็นอย่างชัดเจน รวมทั้งระยะเวลาการรักษา
 - สำเนารายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี ที่รับรองสำเนาถูกต้อง โดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี (ถ้ามี)
 - สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาบัตรประกันภัย
 - สำเนาบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกัน
 - แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม

- ใช้เวลาดำเนินการ 10 -15 วันทำการ โดยประมาณ หลังจากส่งเอกสารครบถ้วนให้บริษัทประกันพิจารณา
- บริษัทจะโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกัน

ประกาศจาก

งานสุขภาพอนามัย



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

() ค่ารักษาพยาบาล () ค่ารักษาทันตกรรม () ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
() เสียชีวิต () เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง () ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง () สูญเสียอวัยวะ () ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว () อื่นๆ.....

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล

1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน เพศ..... อายุ..... ปี..... อาชีพ..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
2. กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดรูดนาคามาพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน) โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... สาขา..... ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....
3. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ 3.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารักษา..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล..... 3.2 อาการเจ็บป่วย..... 3.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล..... 3.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล..... แผนกที่เข้ารับการรักษา..... 3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์..... 3.6 ได้รับการรักษาโดย () การใส่ยา () การผ่าตัด (ระบุ)..... () อื่นๆ (ระบุ)..... 3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....
4. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราวจากการบาดเจ็บ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ 4.1 สถานที่เกิดเหตุ..... 4.2 วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ..... 4.3 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด)..... 4.4 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ..... 4.5 มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ..... เมื่อวันที่..... 4.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา..... 4.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา..... แผนกที่ทำการรักษา..... เลขที่ผู้ป่วยนอก..... 4.8 วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย..... 4.9 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ)..... 4.10 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด).....
5. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่..... อายุครรภ์..... สัปดาห์
6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย หนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

(.....)

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

