

**แบบฟอร์มแจ้งความจำนงเพื่อเบิกเงินประกันกรณี
ประสบอุบัติเหตุแล้วเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาล**

1. ข้อมูลส่วนตัว

- ชื่อ - ชื่อสกุล.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน.....
-
- โทรศัพท์.....เพจเจอร์.....โทรศัพท์มือถือ.....
- ผู้ใกล้ชิดที่ติดต่อได้สะดวกกรณีเร่งด่วน.....
- โทรศัพท์.....
- ปัจจุบันเป็นนิสิตคณะ.....ชั้นปีที่.....
- วิชาเอก.....รหัสประจำตัวนิสิต.....
- ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการประสบอุบัติเหตุ

- ลักษณะของอุบัติเหตุ.....
- สถานที่.....
- วันที่.....เวลา.....
- สถานพยาบาลที่ทำการตรวจรักษา
- 1.....ชื่อแพทย์.....
- 2.....ชื่อแพทย์.....
- 3.....ชื่อแพทย์.....
- ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....ฉบับ
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท
- (.....)

ลงชื่อ..... นิสิตผู้เอาประกันหรือ
ผู้รับผลประโยชน์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

SD - 049

แก้ไขครั้งที่ 1

เริ่มใช้ 14 ก.ค. 47

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....