

## ได้รับความคุ้มครองจากบริษัท บงกคสหประกันภัย จำกัด (มหาชน)

### ใบส่งตัวเข้ารับรักษาพยาบาลและแบบฟอร์มสินไหมสำหรับโครงการประกันอุบัติเหตุของนักเรียน

#### ส่วนที่ 1 ใบส่งตัวเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล สำหรับโรงเรียนโดยผู้มีอำนาจรอกข้อความ

เขียนที่โรงเรียน.....	วันที่.....	ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นส.).....
ตำแหน่ง.....	ผู้มีอำนาจส่งตัวผู้เอาประกันภัย ซึ่งได้รับบาดเจ็บ <input type="checkbox"/> บุคลากร <input type="checkbox"/> นักเรียนชั้น...../.....	
ชื่อ-สกุล.....	ได้รับอุบัติเหตุเนื่องจาก.....	เมื่อวันที่..... เวลา..... น.
โดยมีคำรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุตามกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....		วงเงินค่ารักษา.....บาท
ให้โรงพยาบาลเรียกเก็บจาก.....		
หากผู้เอาประกันภัยไม่มีความคุ้มครองตามกรมธรรม์ หรือมีคำรักษาพยาบาลที่ไม่คุ้มครองหรือไม่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางโรงเรียนและผู้บาดเจ็บจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่ไม่คุ้มครองดังกล่าวนี้		
ผู้มีอำนาจส่งตัว.....	(ตัวบรรจง) ผู้เอาประกันภัยที่เข้ารับรักษา.....	(ตัวบรรจง)
เบอร์โทรศัพท์.....	ประทับตรา โรงเรียน)	E-mail address.....

#### ส่วนที่ 2 สำหรับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ชื่อนักเรียน.....	อายุ.....ปี	เรียนอยู่ชั้น.....	วันที่เกิดอุบัติเหตุ.....	เวลา..... น.
สถานที่เกิดอุบัติเหตุ.....				
ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ.....				
อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....				
<b>ให้สถานพยาบาลตรวจสอบสิทธิ ดังนี้</b>			ผู้ได้รับบาดเจ็บเคยได้รับการรักษาพยาบาลจากที่ใด	
1. ผู้ได้รับบาดเจ็บมีบัตรนักเรียน หรือบัตรประกันอุบัติเหตุ			มาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> เคย <input type="checkbox"/> ไม่เคย	
2. ตรวจสอบผู้รับบาดเจ็บเป็นคนเดียวกับชื่อที่ปรากฏในบัตรนักเรียนหรือบัตรประกันอุบัติเหตุ			ถ้าเคย โปรดระบุ	
มีข้อมูลข้างต้นครบถ้วน ผู้ถือบัตรได้รับความคุ้มครองคำรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุเท่านั้น			ชื่อโรงพยาบาล.....	
<b>ใบมอบฉันทะ</b>				
ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษาและสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมด				
ต่อ..... หรือผู้ที่ได้รับหมายจากบริษัท				
อนึ่งสำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ				
ลงลายมือชื่อ (ตัวบรรจง)..... ผู้เอาประกันภัยหรือผู้ปกครองกรณีผู้เอาประกันภัยอายุไม่น้อยกว่า 15 ปี				
วันที่..... เบอร์โทรศัพท์.....				

#### ส่วนที่ 3 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษากรอกข้อมูล

ชื่อโรงพยาบาล.....	ชื่อผู้ได้รับบาดเจ็บ.....	อายุ.....	เลขที่ HN.....	AN.....
วันที่เข้ารับรักษา.....	วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....	การเกิดอุบัติเหตุ.....	อาการบาดเจ็บ.....	
อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....				
การวินิจฉัยโรค.....				
วิธีการรักษา.....				
ลงชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา..... ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ เลขที่.....				
วันที่.....	เบอร์โทรศัพท์.....	เบอร์เฟ็กซ์.....	E-mail address.....	ประทับตรา โรงพยาบาล.....
<ul style="list-style-type: none"> <li>ความคุ้มครองตามกรมธรรม์ฉบับนี้คุ้มครองเฉพาะความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุเท่านั้น</li> <li>การเข้ารับรักษาพยาบาลจะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขความคุ้มครองกรมธรรม์ ในกรณีที่พบว่ามีการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ โรงเรียน/ผู้บาดเจ็บจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่ไม่คุ้มครองดังกล่าว</li> <li>ให้แนบบใบเสร็จรับเงินตัวจริง(ต้นฉบับ) ใบวางมิลคำรักษาพยาบาลมาพร้อมกับเอกสารฉบับนี้</li> </ul>				

บริษัท บงกคสหประกันภัย จำกัด(มหาชน)

175-177 อาคารบงกคสหประกันภัย ถนนสุรวงศ์ แขวงสุริยวงส์ เขตบางรัก

กรุงเทพมหานคร 10500 โทร.02-233-6920

สำนักงานมาสเตอร์วรุฒิ ศิริวรศิลป์

48 หมู่ 6 ต.ท่าข้าม อ.สามพราน จ.นครปฐม 73110

โทร/แฟกซ์ 0-2812-6447,0-2429-0437

มือถือ 08-1495-8824