



100/24 อาคารสาทรนคร ทาวเวอร์ ชั้น 16 เอ ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทร. 0-2022-1111 โทรสาร 0-2022-1122-3  
100/24 Sathorn Nakorn Tower, 16th Floor A North Sathorn Road, Silom, Bang Rak, 10500 Bangkok Tel. 0-2022-1111 Fax 0-2022-1122-3  
ทะเบียนเลขที่ 0107556000108 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107556000108

### หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุ / ค่าชดเชยรายได้

ชื่อผู้รับแจ้ง..... วันที่แจ้ง.....  
ประเภท บุคคล/กลุ่ม/นักเรียน, นักศึกษา เลขที่กรมธรรม์.....  
สถาบัน (ระบุชื่อสถาบัน/ต้นสังกัด)..... แผนก..... ชั้นปี.....

- 1) ชื่อ-นามสกุล..... อายุ..... ปี เพศ  ชาย  หญิง  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....  
สถานที่ทำงาน..... ลักษณะงาน.....
- 2) วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ.....  
โปรดระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด.....  
ชื่อที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....  
มีการแจ้งความหรือไม่, ที่ใด..... (แนบสำเนาบันทึกการแจ้งความมาด้วย)
- 3) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ/ตำแหน่งของบาดแผล.....  
ลักษณะและขนาดของบาดแผล.....  
.....  
อาการปัจจุบัน.....
- 4) ชื่อสถานที่พยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....  
ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา..... (ขอใบรับรองแพทย์ทุกครั้ง)  
วิธีการรักษา.....  
วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย.....  
\*ต้องมีต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน และใบรับรองแพทย์ทุกครั้งที่รับการรักษา หากรักษามากกว่า 1 แห่ง ขอใบรับรองแพทย์ทุกสถานพยาบาล\*
- 5) ท่านมีประกันภัยอุบัติเหตุ / ประกันชีวิต กับบริษัท อื่นหรือไม่ หากมี โปรดระบุชื่อและเลขที่กรมธรรม์.....  
ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมจากบริษัทฯ หรือไม่ หากท่านได้เรียกร้องโปรดระบุจำนวนเงินที่ท่านได้รับ.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์สถานพยาบาล หรือองค์กรสถาบันที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียด  
เกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมด แก่ บริษัท เคเอสเค ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

ลงชื่อ.....  
(ผู้ได้รับบาดเจ็บ หรือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของสถาบัน)  
วันที่.....

ประทับตรา ต้นสังกัด/สถานพยาบาล