



งานสวัสดิการนิสิต ส่วนกิจการนิสิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Department, Office of the Student Affairs, Srinakharinwirot University

แบบคำขอเรียกชดเชยค่าสินไหมทดแทนอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ

ACCIDENTAL COMPENSATION CLAIM FORM

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว Personal Information

ชื่อและนามสกุล (Name of Insured).....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (Telephone No.).....

ชื่อธนาคาร (Bank Name)

เลขที่บัญชีธนาคาร (Bank Account Number).....

ส่วนที่ 2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเอกสารประกอบการพิจารณา

The Cost of treatment(s) & Documents Attached

เอกสารประกอบการพิจารณา Documents Required

- ใบรับรองแพทย์ตัวจริง (Medical certificate)
- ใบเสร็จรับเงิน (Receipt)
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ชื่อบัญชีนิสิตเท่านั้น)

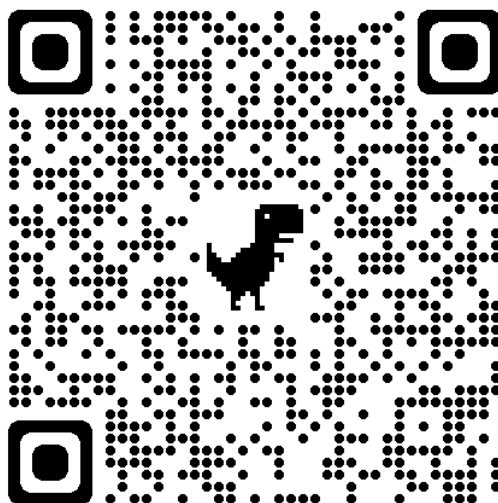
Copy of bank account book page (student account name only)

ส่วนที่ 3 ค่ารักษาพยาบาลรวมสุทธิ Net of Medical fee total amount

ค่ารักษาพยาบาล.....บาท/Bath

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุและการรักษาพยาบาล (Accident & Treatments Detail)

โปรด Scan QR Code เพื่อกรอกข้อมูล (Please scan QR Code to fill in information.)



หมายเหตุ : โปรดสแกนกรอกข้อมูลตาม QR Code ในวันที่มาส่งเอกสารเท่านั้น

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....