



ที่ อว๐๖๕๗.๑๐๐๐/๑๘๕๙

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน
๗๔๔ ถนนสุนทรารายณ์ ตำบลในเมือง
อำเภอเมืองนครราชสีมา
จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๐๐๐

๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งรายละเอียดการประกันอุบัติเหตุของนักศึกษา

เรียน ผู้จัดการ/หัวหน้างาน

ด้วย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา ได้ทำประกันอุบัติเหตุกลุ่มให้กับนักศึกษาของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ กับบริษัท เมืองไทยประกันภัยจำกัด (มหาชน) หมายเลขโทรศัพท์สำนักงานสาขานครราชสีมา ๐๔๔-๓๔๑๒๘๘-๙, ๐๔๔-๓๔๑๗๘๓ ระยะเวลาการคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๘ เมื่อนักศึกษาประสบอุบัติเหตุจะได้รับเงินชดเชยค่าสินไหมทดแทน ดังนี้

๑. เมื่อประสบอุบัติเหตุเสียชีวิตได้รับเงินค่าสินไหมทดแทนในวงเงิน ๒๐๐,๐๐๐ บาท (สองแสนบาทถ้วน)

๒. เมื่อประสบอุบัติเหตุเบิกค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุต่อครั้งในวงเงินไม่เกิน ๒๐,๐๐๐ บาท (สองหมื่นบาทถ้วน) ไม่จำกัดจำนวนครั้ง โดยสำรองจ่าย แล้วนำไปเสร็จรับเงิน(ต้นฉบับ) และใบรับรองแพทย์(ต้นฉบับ)พร้อมสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของนักศึกษา ประกอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ที่ อาคาร ๖ ชั้น ๑ แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ กองพัฒนานักศึกษา หรือส่งเอกสารต้นฉบับทางไปรษณีย์แบบลงทะเบียนหรือแบบด่วนพิเศษ(EMS) ที่อยู่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ (เอกสารเบิกค่ารักษาพยาบาล) เลขที่ ๗๔๔ ถนนสุนทรารายณ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา ๓๐๐๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสรวิศ ต.ศิริวัฒนา)

รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์
ปฏิบัติราชการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน



ข้อมูลการประกันภัยอุบัติเหตุนักศึกษา ประจำปีการศึกษา 2567

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี นครราชสีมา ได้ทำประกันอุบัติเหตุกลุ่มนักศึกษา ประจำปีการศึกษา 2567 ซึ่งในปีนี้ได้ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด(มหาชน) เป็นผู้ให้บริการรับประกันภัย โดยเริ่มคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2567 เวลา 16.30 น. และสิ้นสุดวันที่ 1 มิถุนายน 2568 เวลา 16.30 น. ตลอด 24 ชั่วโมงทั่วโลก ซึ่งผู้เอาประกันภัยจะได้รับความคุ้มครอง ดังนี้

ความคุ้มครอง	วงเงินความคุ้มครอง	เอกสารประกอบการเบิกค่าสินไหม
-กรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ -กรณีเสียชีวิตเนื่องจากโรคภัยไข้เจ็บ และเสียชีวิตจากโรค Covid-19 (นอกเหนือจากอุบัติเหตุ)	200,000 บาท 30,000 บาท	กรณีเสียชีวิต 1.แบบเรียกร้อยค่าสินไหม (กรอกรายละเอียดพร้อมประทับตรามหาวิทยาลัย) 2.ใบรับรองการตายจากแพทย์ 3.ใบมรณบัตร (ผู้ปกครองลงนามรับรอง) 4.ใบรายงานชั้นสุตรพลิกศพจากตำรวจ 5.บันทึกประจำวันของร้อยเวรที่ระบุว่าเสียชีวิต 6.สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อผู้ตาย และประทับตราคำว่า “ตาย” (ผู้ปกครองลงนามรับรอง) 7.สำเนาใบทะเบียนบ้านของบิดา มารดา (ลงนามรับรองสำเนา) 8.สำเนาบัตรประจำตัวนักศึกษา (ผู้ปกครองลงนามรับรอง) 9.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ ทั้ง บิดาและมารดาพร้อมใบเปลี่ยนชื่อนามสกุล (ถ้ามี) 10.สำเนาทะเบียนสมรสของบิดาและมารดา หรือสำเนา ทะเบียนหย่า (ถ้ามี)
-ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ ต่อครั้ง	20,000 บาท	กรณีค่ารักษา 1.แบบเรียกร้อยค่าสินไหม (กรอกรายละเอียดพร้อมประทับตรามหาวิทยาลัย) 2.ใบเสร็จรับเงิน(ต้นฉบับ)ที่มีการแจ้งรายละเอียดค่าใช้จ่าย 3.ใบรับรองแพทย์(ต้นฉบับ)ที่ลงนามโดยแพทย์ผู้ให้การ รักษา พร้อมประทับตราสถานพยาบาล 4.กรณีถูกทำร้ายร่างกายต้องแนบบันทึกประจำวันจากตำรวจ

มีต่อด้านหลัง





ความคุ้มครอง	วงเงินความคุ้มครอง	เอกสารประกอบการเบิกค่าสินไหม
-กรณีทุพพลภาพถาวร สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียง (อบ.2) -สูญเสียข้อมือ หรือข้อเท้า หรือสายตา รวม 2 ข้าง หรือมากกว่า -สูญเสียข้อมือ หรือข้อเท้า หรือสายตา เพียง 1 ข้าง (60%) -หูหนวก 2 ข้าง หรือเป็นใบ้ (50%) -หูหนวก 1 ข้าง (15%) -สูญเสียนิ้วหัวแม่มือ 2 ข้อ (25%) -สูญเสียหัวแม่มือ 1 ข้อหรือนิ้วชี้ 3 ข้อ (10%) และอื่นๆภายใต้ข้อตกลงคุ้มครอง อบ.2 -กรณีกระดูกขา หรือกระดูกสะบ้าหัก ไม่สามารถเชื่อมต่อได้ (10%) -กรณีขาสั้นลงกว่าเดิมไม่ต่ำกว่า 5 ซม. (7%)	200,000 บาท 200,000 บาท 120,000 บาท 100,000 บาท 30,000 บาท 50,000 บาท 20,000 บาท 20,000 บาท 14,000 บาท	กรณีทุพพลภาพถาวร สูญเสียอวัยวะ สายตา การรับฟัง การพูดออกเสียง 1.แบบเรียกร้อยค่าสินไหม (กรอกรายละเอียดพร้อมประทับตรามหาวิทยาลัย) 2.ใบรับรองแพทย์(ต้นฉบับ)ที่ลงนามโดยแพทย์ผู้ให้การรักษา พร้อมประทับตราสถานพยาบาล 3.ประวัติการรักษาของผู้ป่วย 4.ใบบันทึกรายงานการรักษา 5.สำเนาบัตรผู้พิการ 6.ภาพถ่ายอวัยวะที่สูญเสีย หรือฟิล์มเอ็กซเรย์ 7.สำเนาบัตรประชาชนและสำเนานักศึกษา 8.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับผลประโยชน์ ทั้งบิดาและมารดาพร้อมใบเปลี่ยนชื่อนามสกุล (ถ้ามี) 9.สำเนาทะเบียนสมรสของบิดาและมารดา หรือสำเนาทะเบียนหย่า (ถ้ามี)
<u>ค่าชดเชยการรักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุต่อครั้ง (เหมาจ่าย)</u> -กรณีผู้ป่วยใน IPD(ค่าค่าใช้จ่ายนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อคืน	600 บาท	กรณีค่าชดเชย 1.แบบเรียกร้อยค่าสินไหม (กรอกรายละเอียดพร้อมประทับตรามหาวิทยาลัย) 2.สำเนาใบรับรองแพทย์ระบุสาเหตุการเกิดเหตุและ ลงนามโดยแพทย์ผู้ให้การรักษา พร้อมประทับตราสถานพยาบาล

ข้อยกเว้นบางส่วน ซึ่งไม่สามารถเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล ค่าชดเชย หรือกรณีเสียชีวิต ได้ดังต่อไปนี้

- ค่าทำฟัน ค่ารักษารากฟัน ค่าใส่ฟันปลอม และค่าทันตกรรมประดิษฐ์
- ค่ารักษาแผลเป็น ค่าไม้ค้ำยัน ค่าผ้าพันแขนขา เมื่อมีอาการเคล็ดหรือแผลง
- ค่าพยาบาลพิเศษ ค่าบริการพยาบาล ค่าแพทย์นิติเวช ค่าบริการทางการแพทย์
- ค่าบริการอื่นๆและค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ด ที่ไม่มีการระบุรายละเอียดว่าเป็นค่าอะไร
- สำเนาใบเสร็จค่ารักษา
- การก่ออาชญากรรม การทะเลาะวิวาท การฆ่าตัวตาย อุบัติเหตุจากการล่าสัตว์ป่า
- อุบัติเหตุที่เกิดจากการกระทำภายใต้ฤทธิ์สุรา ยาเสพติด ภาวะสงคราม การจลาจล การก่อการร้าย การแพ้กัมมันตภาพรังสี อาวุธนิวเคลียร์





ติดต่อเบิกค่าสินไหมทดแทนได้ที่

แผนกงานพยาบาลการประกันสุขภาพ อาคาร 6 ชั้น 1 (อาคารหลัง 7-11)

วันจันทร์ – ศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) เวลา 08.30 น. – 16.30 น.

หมายเลขโทรศัพท์ 044-233 000 ต่อ 2390 , 2392

หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

สำนักงานสาขาของบริษัท สาขานครราชสีมา

เลขที่ 440/8 ถ. มิตรภาพ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา นครราชสีมา 30000

หมายเลขโทรศัพท์ 044-341 288-9 , 044-341 783

หรือติดต่อผู้ประสานงาน

เมืองไทยประกันภัย สำนักงานใหญ่ (ส่วนลูกค้าองค์กร 3)

คุณณัฐธยาน์ อาศา โทร.0-2665-4000 ต่อ 4919

คุณนันทชัย ตั้งสกุลล้ำเลิศ โทร.0-2665-4000 ต่อ 4974



CallCenter 1484

บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

สำนักงานใหญ่ • 252 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 • ทะเบียนเลขที่: 0107551000151

Muang Thai Insurance Public Company Limited

Head Office • 252 Rachadaphisek Road, Huaykwang, Bangkok 10310 • Registration: 0107551000151

🌐 www.muangthaiinsurance.com ☎ 0 2665 4000, 0 2290 3333 📠 0 2665 4166, 0 2274 9511, 0 2276 2033





ประกันอุบัติเหตุนักศึกษา

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา

ประจำปีการศึกษา 2567

ระยะเวลาคุ้มครอง 1 มิถุนายน 2567 เวลา 16.30 น. - 1 มิถุนายน 2568 เวลา 16.30 น.

เมืองไทย

ประกันภัย

MUANG THAI INSURANCE

● **กรณีประสบอุบัติเหตุ** สำรองเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อน โดยเบิกได้ตามเงื่อนไขของบริษัทประกัน (**อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา เบิกไม่ได้**)

อุบัติเหตุครั้งละไม่เกิน 20,000 บาท ไม่จำกัดจำนวนครั้ง

● ค่าชดเชยนอนรักษาตัวโรงพยาบาล IPD (ค่าใช้จ่ายเห่าไข้) **600 บาท/คืน/อุบัติเหตุ 1 ครั้ง**

เอกสาร

1. แบบเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทน
2. ใบเสร็จรับเงิน (ต้นฉบับ) และใบรับรองแพทย์ (ต้นฉบับ) **ระบุว่าอุบัติเหตุ.....**
3. รายละเอียดการรักษา (กรณีเบิกค่าชดเชยนอนรักษาตัว IPD)
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารของผู้เบิกประกันอุบัติเหตุ

(เลือกสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล หรือค่าชดเชยอย่างใดอย่างหนึ่ง)

● **กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ**

ค่าสินไหมทดแทน 200,000 บาท



**ไม่อยู่ภายใต้
ฤทธิ์สุรา หรือสารเสพติด**

● ค่าสินไหมทดแทน กรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย **30,000 บาท**

เอกสาร

1. แบบเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทน
2. สำเนาใบรับรองการตายจากแพทย์
3. สำเนาใบมรณบัตร ผู้ปกครองลงนามรับรอง
4. สำเนาใบรายงานชั้นสูตรพลิกศพจากตำรวจ
5. สำเนาบันทึกรายการประจำวันของร้อยเวรที่ระบุว่าเสียชีวิต
6. สำเนาทะเบียนบ้าน (ประทับคำว่า “ตาย”) และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิต ผู้ปกครองลงนามรับรอง
7. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ - นามสกุล ผู้เสียชีวิต ผู้ปกครองลงนามรับรอง (ถ้ามี)
8. สำเนาบัตรประจำตัวนักศึกษา ผู้ปกครองลงนามรับรอง
9. สำเนาทะเบียนบ้าน และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน บิดา-มารดา พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
10. สำเนาเปลี่ยนชื่อ-สกุล ของ บิดา - มารดา พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)
11. สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนหย่า ของบิดา - มารดา และผู้เสียชีวิต พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)

กรณีส่งเอกสารทางไปรษณีย์

แบบลงทะเบียน หรือด่วนพิเศษ (EMS) เท่านั้น ดำเนินการดังนี้

1. เอกสารต้นฉบับส่งไปรษณีย์

✉ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน
แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ (เอกสารเบิกค่ารักษาพยาบาล)
744 ถ.สุรนารายณ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

2. สแกน (.pdf) หรือถ่ายภาพเอกสาร (.jpg)

ส่ง E-mail : kanpitcha.nu@rmuti.ac.th พร้อมแจ้งเลข Tracking Number

สแกนเพื่อดาวน์โหลด



แบบเรียกร้อยค่าสินไหมทดแทน

ติดต่อ-สอบถาม แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ อาคาร 6 ชั้น 1 (อาคารหลัง 7-11) วันจันทร์ - วันศุกร์ (ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์)

เวลา 08.30 น. - 16.30 น.

☎ 044-233000 ต่อ 2390, 2392

☎ 062-8357680

📍 ห้องพยาบาล มทร.อีสาน

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ

ติดต่อสอบถามข้อมูลที่ศูนย์บริการลูกค้า Customer Service Center 1484

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย Name-Surname	อายุ.....ปี อาชีพ..... Age Years Occupation
เลขที่บัตรประชาชน/พาสปอร์ต ID Card No./Passport No.	หมายเลขบัตร/หมายเลขกรมธรรม์ Card No./Policy No.
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ Current Address	
โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ Tel. No.	<input type="checkbox"/> รับ SMS ได้ Apply SMS <input type="checkbox"/> รับ LINE ได้ Apply LINE <input type="checkbox"/> อีเมล e-Mail

เพื่อประโยชน์ของท่าน โปรดระบุข้อมูลการติดต่อให้ถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วน • For your Benefit, please fill the Correct, Clear & Complete Contact Information

บริษัทประกันภัย หรือประกันชีวิตอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุชื่อให้ครบถ้วน และทุนประกันภัย)
Other Insurers (if any, please specify all with Sum Insured)

อาการเจ็บป่วย/โรค หรือรายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุโดยสังเขป (เหตุการณ์ก่อนเกิด ความบาดเจ็บ ระหว่าง และหลังได้รับบาดเจ็บ)
Symptom of Sickness/Disease or Brief details of how the accident occurred (Event before, during and after occurring the injury)

.....

สถานที่เกิดการเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ Place of Sickness/Accident	วันที่ Date	เวลา Time
ผลประโยชน์ที่ต้องการเรียกร้อง Compensation Item	จำนวนเงิน Amount	บาท THB

การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุครั้งนี้ ผู้เอาประกันภัยเคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่? • This Sickness/Bodily injury has ever been treated or not?
 ไม่เคย No เคย รักษาที่ 1. วันที่ 2. วันที่
Yes, be treated at 1. Date 2. Date

ผู้เอาประกันภัย หรือผู้เรียกร้องประสงค์รับค่าทดแทนโดย • The Insured or the Claimant requests the Compensation payment by
 โอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ (กรณีเสียชีวิต) • Transfer into Bank Account of Insured or Beneficiary if death claim
 เช็คระบุชื่อ สถานที่จัดส่ง • A/C Payee Cheque (Delivery Address)

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา โปรดส่งเอกสารให้ครบถ้วน (เอกสารสำเนา โปรดรับรองเอกสารทุกฉบับ)

ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/สูญเสียอวัยวะ • Permanent Disability/Dismemberment <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ • Doctor's Certificate <input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ • Medical History & X-Ray Result <input type="checkbox"/> รูปถ่ายเต็มตัวและอวัยวะที่สูญเสีย • Photo of Claimant and injured organ <input type="checkbox"/> สำเนาประจำวันตำรวจ รายงานสอบสวน และคำพิพากษา กรณีเป็นคดีความ • Daily Police Report, Investigation Report, Judgment in case of Lawsuit <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/พาสปอร์ต • Certified true copy of ID Card/Passport <input type="checkbox"/> สำเนาเอกสารแสดงความพิการ • Document of Disabled Status <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย • Copy Insurance Card <input type="checkbox"/> สำเนาหน้าบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย • Certified true copy of Bank Book	กรณีเสียชีวิต • Loss of Life <input type="checkbox"/> รับรองสำเนาโดยหน่วยงานที่ออกเอกสาร • Certified true copy by related organization <input type="checkbox"/> สำเนาใบชันสูตรพลิกศพ และผ่าศพ • Copy Autopsy Report & Dissection, if any <input type="checkbox"/> สำเนารับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล/สถานพยาบาล • Copy of Death Certificate <input type="checkbox"/> ประวัติการรักษา ผลอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ • Medical History & X-Ray result <input type="checkbox"/> สำเนาประจำวันตำรวจ รายงานสอบสวน และคำพิพากษา กรณีเป็นคดีความ • Daily Police Report, Investigation Report, Judgment in case of Lawsuit <input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณะบัตร • Copy of Death Certificate <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต ประทับ "ตาย" และของผู้รับประโยชน์ • Copy of Census Registration of the deceased with "Death" Record & the Beneficiary's <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/พาสปอร์ตของผู้เสียชีวิต และของผู้รับประโยชน์ • Copy of ID Card/Passport of the Deceased & the Beneficiary's <input type="checkbox"/> สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุลของผู้เสียชีวิต และของผู้รับประโยชน์ • Copy of Name-Surname Change Certificate of Insured and Beneficiary <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรรับประกันภัย • Copy Insurance Card <input type="checkbox"/> สำเนาหน้าบัญชีธนาคารของผู้รับประโยชน์ • Certified true Copy of Bank Book
--	---

หมายเหตุ บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในแต่ละส่วนตามความจำเป็น
Remark: Additional Documents may be requested if it is necessary)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าสร้างทำขึ้น หรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือบิดบังความจริงใดๆ แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมและยอมรับว่าสิทธิที่จะได้รับค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ครั้งนี้เป็นอันหมดไปโดยทันที

I would certify that the foregoing statements are true in all respects. I accept and agree that if I have made any false or fraudulent statement or any suppression, distortion, concealment or untrue averment whatever, my right on this compensation is accepted and agreed to be absolutely and immediately lapsed.

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผู้ได้รับมอบอำนาจของสถานพยาบาลเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลให้แก่บริษัทรับประกันภัยนี้ หรือผู้แทนทราบได้ทุกประการเพื่อประกอบการพิจารณาเรื่องเรียกร้อง ชำต้น อนึ่ง สำเนาเอกสารเพื่อการมอบฉันทะนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อด้านล่างนี้ไว้เป็นหลักฐานสำคัญ

In addition, I hereby authorize any concerned physician who has medically examined me to disclose this insurer all information of medical history and related evidence. A Photostat /Faxed copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original one for the purpose of investigation and adjudication my claim. My signature below is to certify all of this statement.

.....
(.....)
ลงชื่อผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทน หรือผู้รับประโยชน์ •
Insured, Representative, Beneficiary

...../...../.....
วันที่บันทึก • Record Date