



## บันทึกข้อความ

คณะกรรมการอุตสาหกรรมและเทคโนโลยี  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

เลขรับ .....1730.....  
วันที่ .....6-6-2567.....  
เวลา .....10.23.....น.

ส่วนราชการ กองพัฒนานักศึกษา สำนักงานอธิการบดี

โทรศัพท์ ๐ ๗๔๓๑ ๗๑๑๙ หมายเลขภายใน ๒๑๖๓

ที่ อว ๐๖๕๕.๒๐/ ๔๘๔

วันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอส่งสำเนากรรมธรรม์ชั่วคราวของนักศึกษาประกันอุบัติเหตุ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗

เรียน หัวหน้าหน่วยงานในสังกัดมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

ตามที่มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย ได้ตกลงรับประกันภัยบริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) สำหรับนักศึกษา ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ โดยบริษัทแอลเอ็มจีประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้รับประกันอุบัติเหตุนักศึกษา มีผลบังคับใช้ระยะเวลา ๑ ปี เริ่มคุ้มครองตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๗ เวลา ๑๖.๓๐ น. สิ้นสุดวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๘ เวลา ๑๖.๓๐ น. โดยบริษัทแอลเอ็มจีประกันภัย จำกัด (มหาชน) ดำเนินการส่งหน้ากรรมธรรม์ชั่วคราว มายังกองพัฒนานักศึกษา ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ กองพัฒนานักศึกษา โดยงานบริการและสวัสดิการฯ จึงขอส่งสำเนากรรมธรรม์ชั่วคราวของนักศึกษา มายังหน่วยงานของท่าน เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป ดังเอกสารที่แนบมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เป็มน ตกมดี/รองตกมดี ผท.

-เพื่อโปรดทราบ กองพัฒนานักศึกษา ขอส่งสำเนากรรมธรรม์ชั่วคราว

ของนักศึกษาประกันอุบัติเหตุ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ นั้น

-ให้ติดต่อประสานตกมดี มอมนงพ มอมนามเอกศักดิ์ สงสังข์ แจ้ง

ให้นักศึกษาทราบ

๖ มิถุนายน ๖๗

อธิการฯ

(นางชนิษฐา พุฒจันทร์)

นักวิชาการศึกษาปฏิบัติการ รักษาการแทน

ผู้อำนวยการกองพัฒนานักศึกษา

มอบตั้งเสนอ

6/6/67

หนังสือคุ้มครองชั่วคราว

ประเภทการประกันภัย : การประกันภัยอุบัติเหตุสำหรับกลุ่มนักเรียน นิสิต และนักศึกษา

ออกให้แก่ : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

ภายใต้รายละเอียดและเงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในหนังสือฉบับนี้ และภายใต้ข้อกำหนด เงื่อนไขความคุ้มครอง และข้อยกเว้นตามมาตรฐานกรมธรรม์บริษัทฯ ตกลงให้ความคุ้มครอง

ผู้เอาประกันภัย : นักเรียนและบุคลากรของ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย

จำนวนผู้เอาประกัน : นักเรียน 15,200 คน  
บุคลากร 0 คน

ที่อยู่ : ต.บ่อทราย อ.เมืองสงขลา จ.สงขลา 90000

ทุนประกันภัย : 200,000.00 บาท/คน

ค่ารักษาพยาบาล : 20,000.00 บาท/คน

อาณาเขตความคุ้มครอง : 24 ชั่วโมงทั่วโลก

บัตรประกันอุบัติเหตุ : ไม่ออกบัตร

ระยะเวลาเอาประกันภัย : เริ่มคุ้มครอง 01 มิถุนายน 2567 - 01 มิถุนายน 2568

เงื่อนไขความคุ้มครอง : อบ.2, มีค่ารักษาพยาบาล

ขอรับรอง หนังสือคุ้มครองนี้ มีผลบังคับใช้ ภายใน 90 วัน นับตั้งแต่วันที่ 01 มิถุนายน 2567

ผู้เอาประกันภัยรับรองว่าจะแจ้งรายละเอียดรายชื่อผู้เอาประกันภัยต่อบริษัทฯ โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อการออกกรมธรรม์ประกันภัยต่อไป

ออก ณ สำนักงานใหญ่ 04 มิถุนายน 2567



กรรมการ  
(Director)



ผู้รับมอบอำนาจ  
(Authorized Signature)

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) อาคารจัดมินซีดี เลขที่ 2 ชั้นที่ 19 ซอยสุขุมวิท 23 ถนนสุขุมวิท  
แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ : 02 661 6292 โทรสาร : 02 665 2728

# แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม / REIMBURSEMENT CLAIMS FORM

ชื่อ/นามสกุลผู้เอาประกันภัย อายุ ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน / เลขที่หนังสือเดินทาง  
Insured Name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Years ID Card No. / Passport No. \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์  
Correspondence Address \_\_\_\_\_ Telephone No. \_\_\_\_\_

## กรณีอุบัติเหตุ (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ) For Accident, please fill all the details.

ค่ารักษาพยาบาล (Medical Expense)  เสียชีวิต (Death)  สูญเสียอวัยวะ: สายตา (Loss organ / Blind)  ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร (TPD)

วันที่เกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ  
Date of Accident \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Time of Accident \_\_\_\_\_ Place of Accident \_\_\_\_\_

ลักษณะการเกิดเหตุ/เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (กรุณาระบุอย่างละเอียด)  
Cause of Accident (Please specify) \_\_\_\_\_

ชื่อโรงพยาบาล/สถานพยาบาล ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน วันที่เข้ารับการรักษา วันที่ออกจากโรงพยาบาล  
Hospital/Clinic Name \_\_\_\_\_ OPD \_\_\_\_\_ IPD \_\_\_\_\_ Admission Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Discharge Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน / Reimbursement Payment Method

ข้าพเจ้าประสงค์ขอรับค่าตรวจสุขภาพคืนโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร (ออมทรัพย์เท่านั้น ยกเว้นธนาคารออมสิน, กสิกร, อาคารสงเคราะห์, เกษตรและสหกรณ์) / I would like to have payment by direct debit (saving account only except GSB, TISCO, GHBANK, BAAC)

ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี ชื่อบัญชี  
Bank Name \_\_\_\_\_ Branch \_\_\_\_\_ Bank account no. \_\_\_\_\_ Account Name \_\_\_\_\_

\* \* โปรดนำสำเนาสมุดคู่มือฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้องมาด้วย / Please submit copy of Bank passbook signed by you

## ข้อตกลงยินยอมเปิดเผยข้อมูล / CONSENT TO DISCLOSURE INFORMATION

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องเป็นความจริงและตกลงยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ บุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือรับปรึกษาหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยข้อมูลใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทางการแพทย์ การปรึกษา การให้การรักษา และการดำเนินการทางการแพทย์ทั้งหมดรวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้องค่าชดเชยแก่ บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่หน่วยงานกำกับดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อนึ่งสำเนาเอกสารฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ / I hereby certify that above information is true and accurate, and consent any hospital physician or other person who had attended or examined me or my family, to disclose/furnish to LMG Insurance Public Company Limited or authorized representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation prescription or treatment, and copies of all hospital or medical record. I give the company consent to disclose that information to the regulator or any related. A photocopy of this document shall be considered as effective and valid as the original.

ลายมือชื่อผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เรียกร้อง/ผู้กระทำแทน / Signature of attorney and guardian

วันที่/ Date \_\_\_\_\_

## กรุณาตรวจสอบเอกสารตามรายการด้านล่างให้ครบถ้วนก่อนจัดส่ง / Please check if you have done the following before submission:

### กรณีแจ้งเคลมค่ารักษาพยาบาล

- แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม
- ใบความเห็นแพทย์ / ใบรับรองแพทย์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกัน/ ผู้รับผลประโยชน์ เป็นผู้รับผิดชอบ
- ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน
- สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร และรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนานำบัญชีธนาคาร (ของผู้รับผลประโยชน์) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์

### กรณีแจ้งเคลมโรคมะเร็ง

- แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม
- ใบความเห็นแพทย์ (ประเภทโรคมะเร็ง) (ประเภทโรคมะเร็ง) หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ
- ผลการตรวจชิ้นเนื้อ
- ประวัติการรักษาทั้งหมดทุกโรงพยาบาล และเอกสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ครั้งแรกที่รักษาจนถึงปัจจุบัน (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล)
- สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
- หน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้เอาประกันภัย) รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย

### กรณีแจ้งเคลมการเสียชีวิต

- แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม
- มรณบัตร (รับรองสำเนาโดยผู้ออกเอกสาร)
- ใบความเห็นแพทย์ (ประเภทโรคมะเร็ง) หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกัน/ ผู้รับผลประโยชน์ เป็นผู้รับผิดชอบ
- รายงานชันสูตรพลิกศพ พร้อมระบุผลการตรวจเอกซเรย์ (รับรองโดยหน่วยงานที่ออกหลักฐาน)
- รายงานการผ่าชันสูตรศพ (ถ้ามี-รับรองโดยหน่วยงานที่ออกหลักฐาน)
- ประวัติการรักษาทั้งหมด (ถ้ามี) รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล)
- บันทึกประจำวันตำรวจ ณ วันที่เกิดอุบัติเหตุ (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน)
- สรุปสำนวนคดี (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน)
- หนังสือรับรองการตาย (ประเภทโรคมะเร็ง) รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
- สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต (ประเภทโรคมะเร็ง) รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์/สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
- หน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้รับผลประโยชน์) รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์

### กรณีแจ้งเคลมทุพพลภาพ และสูญเสียอวัยวะ

- แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม
- ใบความเห็นแพทย์ เรื่องภาวะทุพพลภาพ ตามแบบฟอร์มของบริษัท (ประเภทโรคมะเร็ง) หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ
- ภาพถ่ายผู้เอาประกัน ณ ปัจจุบัน
- ประวัติการรักษาทั้งหมดทุกโรงพยาบาล และเอกสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ครั้งแรกที่รักษาจนถึงปัจจุบัน (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล)
- บันทึกประจำวันตำรวจ ณ วันที่เกิดอุบัติเหตุ (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน)
- สรุปสำนวนคดี (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน)
- สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
- หน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้เอาประกันภัย) รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย

## กรุณาส่งเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่ / Please send this completed claim form to

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) แผนกสินไหมอุบัติเหตุและประกันสุขภาพ ชั้น 19 อาคารจัสมีนิตี้  
เลขที่ 2 ซอย สุขุมวิท 23 ถนน สุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110  
โทร. 02-648-6272 โทรสาร. 02-648-6222 อีเมล LMG@imginsurance.co.th

LMG Insurance Public Company Limited , A&H CLAIM 19th Fl., Jasmine City Building,  
2 Soi Sukhumvit 23, Sukhumvit Rd., Klongtoey Nua, Wattan, Bangkok 10110  
TEL. 02-648-6272 FAX. 02-648-6222 EMAIL LMG@imginsurance.co.th

**\*\*บริษัทฯ จะพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะกรณีผู้เอาประกัน / ผู้รับผลประโยชน์ ได้นำส่งเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วนแล้วเท่านั้น \*\***