

# การขอเลข E-Claim

## สิทธิพรบ.(ผู้ประสบภัยจากรถ)

 **พ.ร.บ. รถยนต์**  
ทำไมกฎหมายต้องบังคับให้ทำ?



 **frank.co.th**  
ประกันที่รวดเร็ว คุ้มค่า และจริงใจกับคุณ

พ.ร.บ. ย่อมาจาก พระราชบัญญัติ ซึ่ง พ.ร.บ. คุ่มครอง  
ผู้ประสบภัยจากรถ หรือพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ  
จะเป็นกฎหมายที่บังคับให้รถทุกคันที่จดทะเบียนกับกรมการขนส่ง  
ทางบกจะต้องทำและมีไว้เป็นหลักประกันให้กับคนในรถทุกคัน หรือ  
ผู้ที่ใช้รถใช้ถนนว่าจะได้รับสิทธิความคุ้มครองจากเงินกองกลางที่รถ  
ทุกคันได้ทำพ.ร.บ. ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ  
พ.ศ. 2535

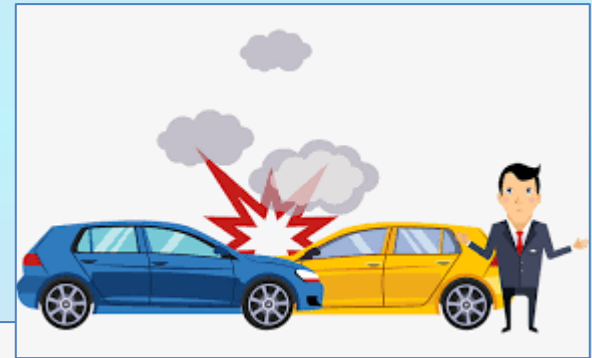


เมื่อผู้ป่วยประสบเหตุจากรถ ได้เข้ามารับการรักษาที่  
สถานพยาบาล เมื่อทำการตรวจพบแพทย์แล้วทางหน่วยตรวจ  
อุบัติเหตุจะส่งผู้ป่วยหรือญาติมาพบเจ้าหน้าที่พรบ. เพื่อแนะนำ  
เอกสารในการตั้งเบิกค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้น เจ้าหน้าที่จะต้องทำ  
การขอเลข**E-Claim**ทุกเคสเพื่อให้ได้เลขรับแจ้งในการตั้งเบิกสิทธิ  
พรบ.





# กรณีที่ 1 การขอเลข E-Claim



<http://www.rvp-eclaim.com/index.html> (เว็บไซต์ของระบบขอเลขเคลม)

รหัสผู้ใช้งาน

รหัสผ่าน



**eclaim**  
ระบบสินไหมอัตโนมัติ

รหัสผู้ใช้ :  
รหัสผ่าน :  
เข้าสู่ระบบ

ข่าวประชาสัมพันธ์

ผู้ประสบภัยจากรถที่ใช่สิทธิ์เบิก พรบ. จากบริษัทด้านล่างนี้ ให้โรงพยาบาลรับมอบอำนาจตั้งเบิกที่ บ.กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ทุกสาขาทั่วประเทศ

1. บริษัท สินทรัพย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
2. บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด(มหาชน)
3. บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
4. บริษัท สยามชีวิตประกันภัย จำกัด (มหาชน)
5. บริษัท เจริญประกันภัย จำกัด (มหาชน)

คลิกอ่าน

หลักเกณฑ์การประเมินผล  
การมอบรางวัล e-Claim Awards

เมื่อเข้าระบบมาแล้วจะปรากฏหน้านี้ให้คลิกที่คำว่า “ค้นหาข้อมูลรับ  
แจ้ง” ก่อนเพื่อดูว่ามีการขอเลขรับแจ้งไปหรือยังเพื่อกันการขอเลขซ้ำ

เข้าสู่ระบบล่าสุด : 15/8/2561 13:15:07

หน้าแรก

ข้อมูลอุบัติเหตุ

- » บันทึกรับแจ้งใหม่
- » แปลงรับแจ้งสพ.เป็นรับแจ้งe-claim
- » สร้างรับแจ้งใหม่โดยใช้รับแจ้งเดิม
- » ค้นหาข้อมูลรับแจ้ง

คำรักษา-แบบบต.-ใบวางบิล

คำชดเชยพกรักษาตัวคนไข้ใน

ส่งต่อผู้ป่วย

http://www.rvp-eclaim.com/Accident/Search

125%



# ใส่เลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก แล้วกด"ค้นหา"

The screenshot shows the 'e-Claim 2015' web application interface. The browser address bar displays 'http://www.rvp-eclaim.com/Accident/Search'. The page header includes the system name 'e-Claim 2015 ระบบสินไหมอัตโนมัติ' and contact information for the 'ติดต่อสาขาสำนักงานใหญ่ โทร.02-1009191(คู่มือ)'. A user profile icon indicates the user is logged in as 'อินดีต้อนรับ 13814 ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ,รพ. [100]' with an 'ออกจากระบบ' (Logout) button.

The main content area is titled 'ค้นหาข้อมูลรับแจ้ง' (Search for accident information). A search box contains 'XXXXXXXXXXXXX'. A dropdown menu is open, listing search criteria: 'เลขรับแจ้ง', 'เลขบัตรประชาชน', 'ชื่อ-สกุล', 'ทะเบียนรถ', 'เลขตัวถัง', 'วันที่เกิดเหตุ-(จังหวัดเกิดเหตุ)', 'กรมธรรม์', and 'สพล.'. The 'ค้นหา : เลขรับแจ้ง' option is highlighted. A red circle highlights the 'ค้นหาข้อมูลรับแจ้ง' menu item in the left sidebar, with a large orange arrow pointing to it.

\*หมายเหตุ โดยหลัก ๆ แล้วให้ใช้เลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือ ชื่อ-นามสกุล ของผู้ป่วยเพื่อค้นหาข้อมูลรับแจ้งคะ

# หากไม่มีข้อมูลการขอเลขเคลมไว้หน้าจอปรากฏดังนี้

The screenshot shows the e-Claim 2015 web application interface. The browser address bar displays the URL <http://www.rvp-eclaim.com/Accident/Search>. The page title is "e-Claim 2015 ระบบสินไหมอัตโนมัติ" (e-Claim 2015 Automatic Claim System). The user is logged in as "ยินดีต้อนรับ 13814 ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ,รพ. [100]".

An "Information" dialog box is displayed in the center of the screen, containing the message "ไม่พบข้อมูล" (No data found). An orange arrow points to this message. The dialog box has a "Close" button in the bottom right corner.

The left sidebar contains the following menu items:

- เข้าสู่ระบบล่าสุด : 22/8/2561 9:05:17
- ข้อมูลอุบัติเหตุ
- บันทึกรับแจ้งใหม่
- แปลงรับแจ้งสพฉ. เป็นรับแจ้งe-claim
- สร้างรับแจ้งใหม่โดยใช้รับแจ้งเดิม
- ค้นหาข้อมูลรับแจ้ง
- คำปรึกษา-แบบบด.-ใบวางบิล
- ค่าชดเชยพักรักษาตัวคนไข้ใน
- ส่งต่อผู้ป่วย
- รายงาน
- ช่วยเหลือ





# ให้คลิกคำว่า “บันทึกรับแจ้งใหม่” แล้วกรอกข้อมูลตามใบคอมที่ผู้ป่วยถือมาติดต่

The screenshot shows the 'บันทึกข้อมูลอุบัติเหตุ' (Accident Report) form in the 'e-Claim 2015' system. The form is titled 'บันทึกข้อมูลอุบัติเหตุ' and contains several input fields. The following table summarizes the fields and their corresponding annotations:

Annotation	Field Label	Field Content
1	วันที่เกิดเหตุ	22/08/2561
2	เวลาเกิดเหตุ	00:00
3	จังหวัด	-- เลือกจังหวัด --
4	อำเภอ	-- เลือกอำเภอ --
5	ตำบล	-- เลือกตำบล --
6	สถานที่เกิดเหตุ	
7	ลักษณะเกิดเหตุ	-- เลือกลักษณะเหตุ -- รถคันเดียวไม่มีคู่กรณี รถคันเอาประกันชนกับรถอื่น

The left sidebar contains a menu with the following items:

- ข้อมูลอุบัติเหตุ
- บันทึกรับแจ้งใหม่ (highlighted with a red circle and an arrow pointing to the form)
- แปลงรับแจ้งสพด. เป็นรับแจ้ง e-claim
- สร้างรับแจ้งใหม่โดยใช้รับแจ้งเดิม
- ค้นหาข้อมูลรับแจ้ง
- คำรักษา-แบบบด.-ใบวางบิล
- คำขอชดเชยพักรักษาตัวคนไข้ใน
- ส่งต่อผู้ป่วย

ข้อ 1,2 ใส่ วันที่และเวลาที่เกิดเหตุ

ข้อ 3,4,5 ใส่ จังหวัด อำเภอ ตำบล ที่เกิดเหตุ

ข้อ 6 ใส่ สถานที่เกิดเหตุ

ข้อ 7 ใส่ ลักษณะการเกิดเหตุ

http://www.rvp-eclaim.com/Accident/AccidentExpres

E-Claim

E-Claim 2015 ระบบลินใหม่อัตโนมัติ  
ติดต่อสาขาสำนักงานใหญ่ โทร.02-1009191 [คู่มือ]

ยินดีต้อนรับ 13814 ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ,รพ. [100] ออกจากระบบ

เข้าสู่ระบบล่าสุด : 22/8/2561 10:48:50

ข้อมูลอุบัติเหตุ

- บันทึกรับแจ้งใหม่
- แปลงรับแจ้งสพท.เป็นรับแจ้งe-claim
- สร้างรับแจ้งใหม่โดยใช้รับแจ้งเดิม
- ค้นหาข้อมูลรับแจ้ง

คำปรึกษา-แบบบต.-ใบวางบิล

คำขอชดเชยพท์รักษาตัวคนไข้ใน

ส่งต่อผู้ป่วย

รายงาน

ข้อมูลรถที่เกิดเหตุ

ทะเบียนรถ   -- เลือกจังหวัด --  ป้ายแดง

ไม่ทราบป้ายทะเบียน

เลขตัวถัง  สีรถ  ยี่ห้อรถ -- เลือกยี่ห้อรถ --

ประเภทรถ -- เลือกประเภทรถ --

- รถยนต์นั่งไม่เกิน 7 ที่นั่ง
- รถยนต์โดยสารเกิน 7 คน
- รถจักรยานยนต์
- รถยนต์บรรทุก
- รถยนต์บรรทุกน้ำมันเชื้อเพลิง แก๊ส หรือกรด
- หัวรถลากจูง
- รถพ่วง
- รถสามล้อเครื่อง
- รถสกายแลป
- รถยนต์ป้ายแดง
- รถยนต์ที่ใช้ในการเกษตร
- รถยนต์ประเภทอื่นๆ

ข้อมูลผู้ประสบภัย คนที่ 1

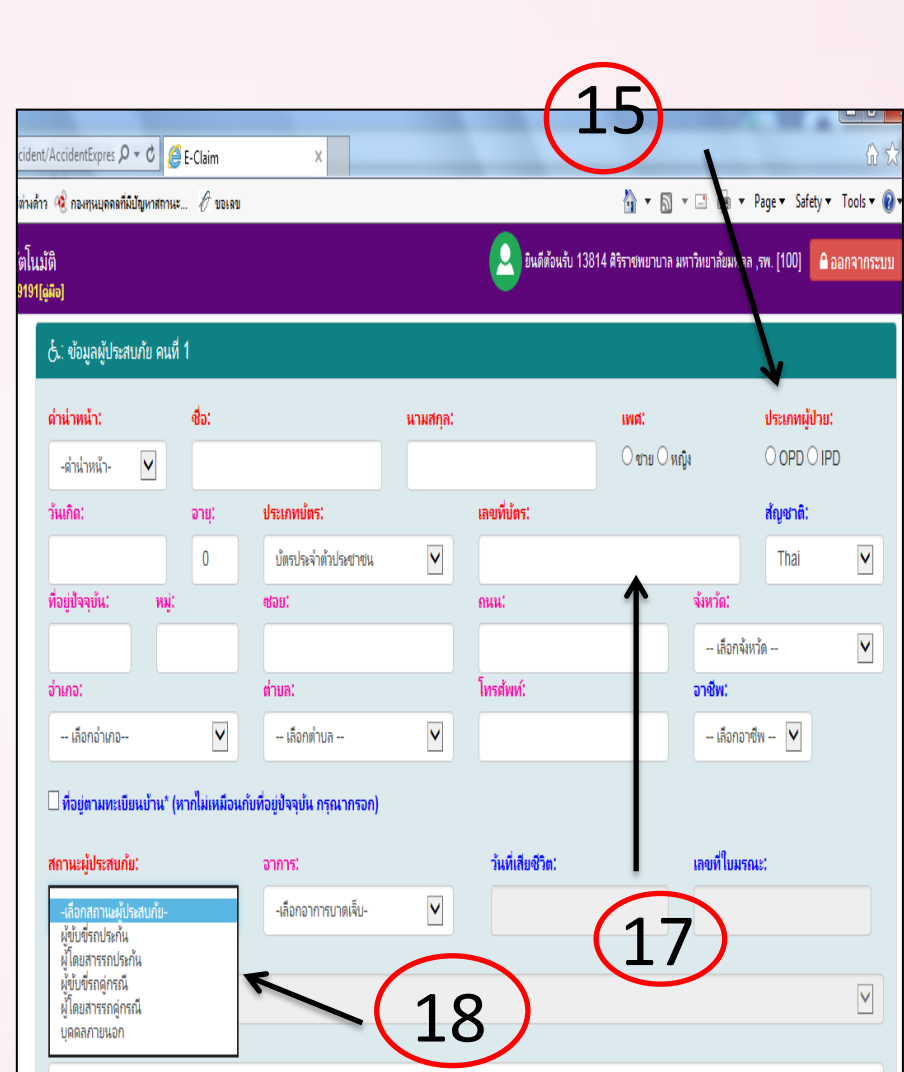
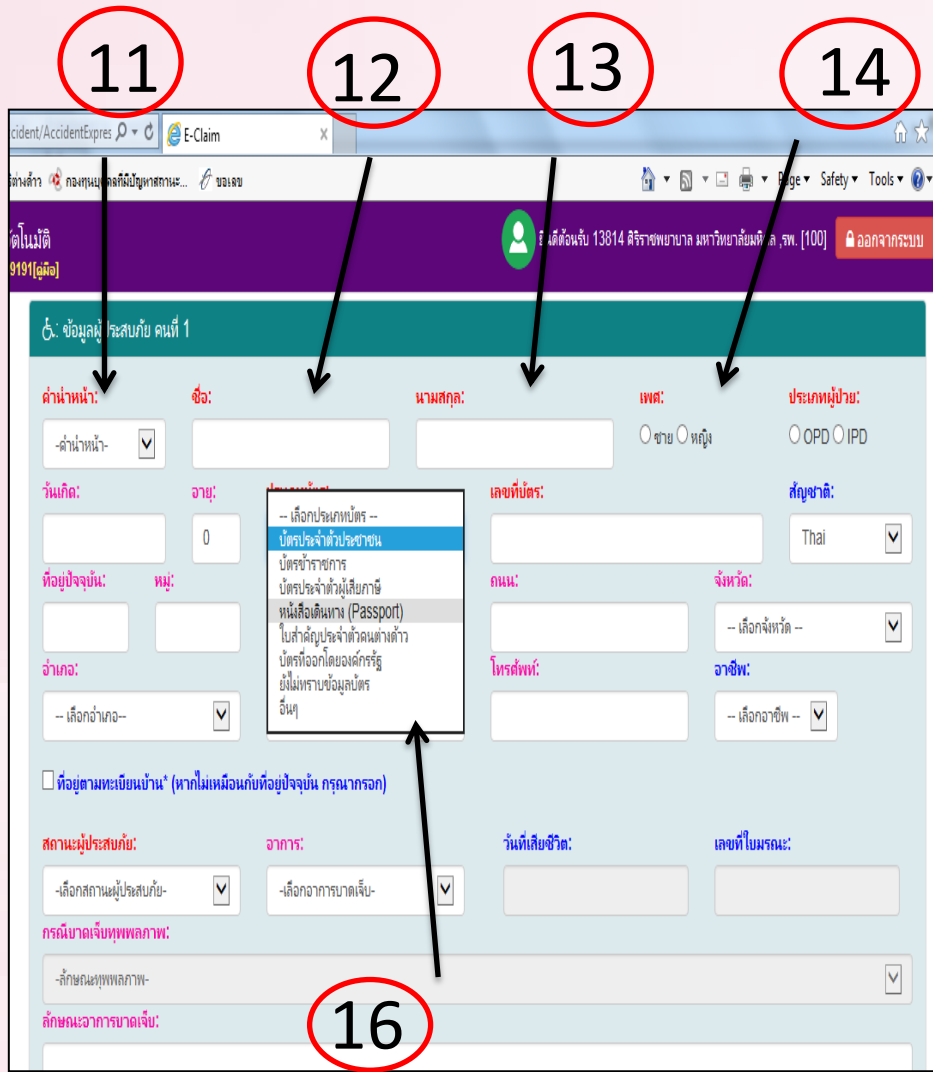
ตำแหน่ง:  ชื่อ:  นามสกุล:  เพศ:  ชาย  หญิง

ข้อ 8 ใส่ เลขทะเบียนรถ (หากไม่ทราบให้คลิกที่คำว่า “ไม่ทราบป้ายทะเบียน”)

ข้อ 9 ใส่ เลขตัวถัง (หากไม่ทราบให้เว้นไว้ก่อน)

ข้อ 10 ใส่ ประเภทรถ (คนที่ผู้ป่วยขับขี่)





ข้อ 11,12,13,14 ใส่ ชื่อ-นามสกุล (ผู้ประสบภัย) และ เพศ

ข้อ 15 ใส่ ประเภทการมารับบริการ

ข้อ 16,17 ใส่ ประเภทบัตรประจำตัวผู้ป่วย

ข้อ 18 ใส่ สถานะของผู้ประสบภัย

# กรอกข้อมูลครบแล้วตรวจสอบความถูกต้องแล้วกด “บันทึกข้อมูล”

The screenshot shows the 'e-Claim 2015' web application interface. The left sidebar contains a menu with the following items:

- ข้อมูลอุบัติเหตุ
- บันทึกรับแจ้งใหม่ (highlighted with a red circle)
- แปลงรับแจ้งสพฉ. เป็นรับแจ้ง e-claim
- สร้างรับแจ้งใหม่โดยใช้รับแจ้งเดิม
- ค้นหาข้อมูลรับแจ้ง
- คำร้องขอ-แบบบต.-ใบวางบิล
- คำขอชดเชยพิกัดรักษาตัวคนไข้ใน
- ส่งต่อผู้ป่วย
- รายงาน
- ช่วยเหลือ

The main form area contains the following fields and sections:

- สถานะผู้ประสบภัย:** -เลือกสถานะผู้ประสบภัย-
- อาการ:** -เลือกอาการบาดเจ็บ-
- วันที่เสียชีวิต:** [Empty field]
- เลขที่ใบมรณะ:** [Empty field]
- กรณีบาดเจ็บทุพพลภาพ:** -ลักษณะทุพพลภาพ-
- ลักษณะอาการบาดเจ็บ:** [Empty text area]
- รับrefer จาก** -เลือกจังหวัด- -เลือกโรงพยาบาล-
- วันที่รับผู้ป่วย:** [Empty field]
- เวลาเริ่มผู้ป่วย:** 00 [Dropdown] 00 [Dropdown]
- HN:** [Empty field]
- ประมาณการค่ารักษา:** 0
- กรณีตั้งเบิกกองทุน:** -- เลือกกรณีตั้งเบิกกองทุน --

A green button labeled **บันทึกข้อมูล** is located at the bottom center of the form, with an orange arrow pointing to it.

เมื่อกรอกข้อมูลครบแล้วกด “บันทึกข้อมูล” จะมีเลขรับแจ้งปรากฏที่ด้านบน  
เป็นอันว่าได้เลขรับแจ้งในการตั้งเบิกสิทธิพรบ. เรียบร้อยแล้ว

http://www.rvp-eclaim.com/Accident?Accno=61%2F13814%2F01148

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ E-Claim

File Edit View Favorites Tools Help

Suggested Sites Central office for Healthc... abouttabs Google ระบบตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาล... ขอเลขอนุมัติ cs1 ทุพพลภาพ

e-Claim 2015 ระบบสินไหมอัตโนมัติ  
ติดต่อสาขาสำนักงานใหญ่ โทร.02-1009191[คู่มือ]

ยินดีต้อนรับ 13814 ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ,รพ. [100] ออกจากระบบ

เข้าสู่ระบบล่าสุด : 22/8/2561 18:11:04

หน้าแรก > ข้อมูลอุบัติเหตุ > ค้นหาข้อมูลรับแจ้ง > แก้ไขข้อมูลรับแจ้ง

### แก้ไขข้อมูลอุบัติเหตุ

เลขรับแจ้ง: 61/13814/01148

#### ข้อมูลอุบัติเหตุ

วันที่บันทึก: 22/08/2561 22:30

วันที่เกิดเหตุ:	เวลาเกิดเหตุ:	สถานที่เกิดเหตุ:	จังหวัด:	อำเภอ/แขวง:
<input type="text" value="22/08/2561"/>	<input type="text" value="18"/> <input type="text" value="30"/>	<input type="text" value="สะพานอนุทินสวัสดิ์"/>	<input type="text" value="กรุงเทพมหานคร"/>	<input type="text" value="บางกอกใหญ่"/>
ตำบล/เขต:	ท้องที่สก:	สถานีตำรวจ:	ปจว.ชื่อที่:	ปจว.ลงวันที่:
<input type="text" value="วัดอรุณ"/>	<input type="text" value="-- เลือกจังหวัด --"/>	<input type="text" value="-- เลือกสถานีตำรวจ --"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ผลคดี:	พนักงานสอบสวน:	ชื่อ :	นามสกุล :	



ผู้ประสพภัยจากรถที่ใช้สิทธิ์เบิกพรบ.จากบริษัทด้านล่างนี้ ให้  
โรงพยาบาลรับมอบอำนาจตั้งเบิกที่ บ.กลางคุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ  
จำกัด ทุกสาขาทั่วประเทศ

1. บริษัท สินทรัพย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
2. บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด(มหาชน)
3. บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
4. บริษัท สยามชีวิตประกันภัย จำกัด (มหาชน)
5. บริษัท เอรಾವันประกันภัย จำกัด (มหาชน)
6. บริษัท ศรีอยุธยา เจนเนอรัล ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
7. บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด(มหาชน)
8. บริษัท เคเอสเค ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
9. บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
10. บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด(มหาชน)
11. บริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน)
12. บริษัท เอฟพีจี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
13. บริษัท นำสินประกันภัย จำกัด (มหาชน)
14. บริษัท อลิอันซ์ ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

# กรณีที่2 เพิ่มข้อมูลในระบบการเบิกค่ารักษาพยาบาล

The screenshot displays the 'e-Claim 2015' web application. The top navigation bar includes the text 'e-Claim 2015 ระบบสินไหมอัตโนมัติ' and 'ติดต่อสาขาสำนักงานใหญ่ โทร.02-1009191[คู่มือ]'. The left sidebar menu has the following items: 'ข้อมูลอุบัติเหตุ', 'บันทึกรับแจ้งใหม่', 'แปลงรับแจ้งสพล. เป็นรับแจ้งe-claim', 'สร้างรับแจ้งใหม่โดยใช้รับแจ้งเดิม', 'ค้นหาข้อมูลรับแจ้ง' (highlighted with a red circle and an orange arrow), 'คำรักษา-แบบต.-ใบวางบิล', 'คำขอชดเชยพิกัดรักษาตัวคนไข้ใน', 'ส่งต่อผู้ป่วย', and 'รายงาน'. The main content area features a search bar with the text 'ค้นหาข้อมูลรับแจ้ง' and a search button. Below the search bar, a dropdown menu is open, showing search criteria: 'เลขรับแจ้ง', 'เลขบัตรประชาชน', 'ชื่อ-สกุล', 'ทะเบียนรถ', 'เลขตัวถัง', 'วันที่เกิดเหตุ-(จังหวัดเกิดเหตุ)', 'กรรมธรรม์', and 'สพล.'. The search bar contains the text 'เลขรับแจ้ง' and a search icon.

กดคำว่า “ค้นหาข้อมูลรับแจ้ง” ใส่เลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย หรือ ชื่อ-นามสกุล แล้วกด “ค้นหา”

# กตคำว่า “แก้ไข” เพื่อเพิ่มเติมข้อมูล

The screenshot shows the e-Claim 2015 web application interface. The browser address bar displays <http://www.rvp-eclaim.com/Accident/Search>. The page header includes the text "e-Claim 2015 ระบบสินไหมอัตโนมัติ" and "ติดต่อสาขาสำนักงานใหญ่ โทร.02-1009191[คู่มือ]". A user profile icon shows "ยินดีต้อนรับ 13814 ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ,รพ. [100]" and a "Logout" button. The main content area is titled "ค้นหาข้อมูลรับแจ้ง" and features a search form with "ค้นหา : เลขรับแจ้ง" and a search button. Below the search form is a table with the following data:

หน่วยงานบันทึกแจ้ง	เลขรับแจ้ง วันที่เกิดเหตุ เวลา	ทะเบียนรถ เลขตัวถัง บ.ประกันภัย กรมธรรม์ วันคุ้มครอง	สถานที่เกิดเหตุ	ผู้ประสบภัย	
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัย มหิดล ,รพ.	61/13814/01148 22/08/2561 18:30	ไม่ทราบ ทะเบียน	สะพานอนุทินสวัสดิ์ แขวงวัดอรุณ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร	นายชนนिसา เกตุ รัตน์	แก้ไข

A large orange arrow points to the "แก้ไข" button in the last column of the table.



# กรอกข้อมูลโดยดูจากเอกสารที่ใช้ในการตั้งเบิกค่ารักษาพยาบาลสิทธิพรบ. (มีตัวอย่างเอกสารการตั้งเบิกสิทธิพรบ.แนบไว้ด้านหลังคะ)

Internet Explorer browser window showing the e-Claim 2015 system interface. The address bar displays <http://www.rvp-eclaim.com/Accident>. The page title is "e-Claim 2015 ระบบสินไหมอัตโนมัติ" (Automatic Claim System 2015).

Navigation menu on the left includes: ข้อมูลอุบัติเหตุ (Accident Information), คำรักษา-แบบบด.-ใบขาบด (Treatment - Fracture - Cast), ค่าชดเชยที่รักษาตัวคนไข้ (Patient Compensation), ส่งต่อผู้ป่วย (Patient Transfer), รายงาน (Report), and ช่วยเหลือ (Help).

Header information: เข้าสู่ระบบล่าสุด : 22/8/2561 20:15:23. User: ынดงนรับ 13814 ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.รพ. [100]. Logout button: ออกจากระบบ.

Main content area: เลขรับแจ้ง: 61/13814/01148

Form titled "ข้อมูลอุบัติเหตุ" (Accident Information) with the following fields:

- วันที่บันทึก: 22/08/2561 22:30
- วันที่เกิดเหตุ: 22/08/2561
- เวลาเกิดเหตุ: 18:30
- สถานที่เกิดเหตุ: สะพานแอมบิวเลนซ์สตรี
- จังหวัด: กรุงเทพมหานคร
- อำเภอ/แขวง: บางกอกใหญ่
- ตำบล/เขต: วัดอรุณ
- ท้องที่สก: -- เลือกจังหวัด --
- สถานีตำรวจ: -- เลือกสถานีตำรวจ --
- ปลจว.ชื่อที่: [Empty]
- ปลจว.ลงวันที่: [Empty]
- มลคดี: -- เลือกมลคดี --
- พนักงานสอบสวน: -- เลือกตำแหน่ง --
- ชื่อ: [Empty]
- นามสกุล: [Empty]
- ลักษณะเกิดเหตุ: รถคันเอาปลจว.ขึ้นท้าย ขณะขับรถอื่น
- เลือกลักษณะเหตุ: -- เลือกลักษณะเหตุ --

รายละเอียดการเกิดเหตุ: MCชนรถเก๋ง

Button: บันทึกข้อมูล (Save Information)

# คลิก“แก้ไข”ตามลูกศรเพื่อเพิ่มเติมรายละเอียดของรถที่เกิดเหตุ

Browser: http://www.rvp-eclaim.com/Accident | E-Claim

File Edit View Favorites Tools Help

Central office for Health... cs1 ประกันสุขภาพแห่งชาติ เข็มฉีควัคซีนพ. eHIS ต่างสำเนา Google ผู้ประสบภัยจากรถ ระบบตรวจสอบสิทธิ์

e-Claim 2015 ระบบสินไหมอัตโนมัติ  
ติดต่อสายด่วนฉุกเฉิน โทร. 02-1009191 (ฉุกเฉิน)

ยินดีต้อนรับ 13814 ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ,รพ. [100] [ออกจากระบบ](#)


เข้าสู่ระบบล่าสุด : 22/8/2561 20:15:23

- ข้อมูลอุบัติเหตุ
- คำรักษา-แบบบด.-ใบางบิล
- คำขอชดเชยที่รักษาตัวคนไข้ใน
- ส่งต่อผู้ป่วย
- รายงาน
- ช่วยเหลือ

E00 Internet Explorer 11.0 (60)

**เพิ่มข้อมูลรถคันใหม่** | **เพิ่มข้อมูลผู้ประสบภัย**

**รายงานรถที่เกิดเหตุ**

รถคันที่	ทะเบียนรถ	เลขตัวถัง	ประเภทรถ	ชื่อผู้ขับขี่	สถานะ	🔗
1	ไม่ทราบทะเบียน		รถจักรยานยนต์		ปกติ	


**การยืนยันความคุ้มครอง**

ลำดับ	ทะเบียนรถ	เลขตัวถัง	กรมธรรม์	วันที่คุ้มครอง	บ.ประกันภัย	ชื่อผู้เอาประกัน	หมายเหตุ
1							

**การคืนความคุ้มครอง**

คันที่	ทะเบียนรถ	บริษัทประกันภัย	เลขกรมธรรม์	เลขตัวถัง	วันที่คุ้มครอง-สิ้นสุด	ชื่อผู้เอาประกัน	ประเภทรถ	วันที่บันทึก

**ข้อมูลผู้ประสบภัย**

คันที่	วันที่รับผู้ป่วย	ชื่อ-สกุล ผู้ประสบภัย	เลขที่บัตร	อายุ	สถานะผู้ประสบภัย	ประเภทผู้ป่วย	สถานะ	อยู่ในรถ	ความคุ้มครอง	วันที่ยืนยัน	มีเงินมียอด	หมายเหตุ	🔗
1	22/08/2561 00:00	นาย ชนิตสา เกตุรัตน์	1769900266015	1	มสป	OPD	ปกติ		ข้อมูลรถไม่สมบูรณ์	22/08/2561	ECLAIM		

# คลิกคำว่า “ทะเบียนรถ” เพิ่มเติมข้อมูลให้ครบถ้วนแล้วตรวจสอบความถูกต้องก่อนกด “บันทึกข้อมูล”

แก้ไขข้อมูลรถที่เกิดเหตุ

**ทะเบียนรถ**   -เลือกจังหวัด-

ป้ายแดง  ไม่ทราบป้ายทะเบียน

เลขตัวถัง:  สีรถ:  ยี่ห้อรถ:  ประเภทรถ:

บริษัทประกันภัย:  กรมธรรม์:  วันที่คุ้มครอง:  กิจวันที่:

ผู้นำหน้าผู้ขับขี่:  ชื่อผู้ขับขี่:  นามสกุลผู้ขับขี่:

ที่อยู่ปัจจุบัน:  หมู่:  ซอย:  ถนน:

จังหวัด:

อำเภอ:  ตำบล:  โทรศัพท์:

ข้อมูลเจ้าของรถ

ปิดหน้าต่าง บันทึกข้อมูล

# คลิก “แก้ไข” ตามลูกศรเพื่อเพิ่มเติมข้อมูลของผู้ประสบภัย

http://www.rvp-eclaim.com/Accident E-Claim

File Edit View Favorites Tools Help

Central office for Healthc... cs1 ประกันสุขภาพแห่งชาติ เช็กรางเงินนศพ. eHIS ต่างคำ Google ผู้ประสบภัยจากรถ ระบบตรวจสอบสิทธิ

e-Claim 2015 ระบบสินไหมอัตโนมัติ  
ติดต่อสายด่วนภายในใหญ่ โทร.02-1009191[ฉุกเฉิน]

เข้าสู่ระบบล่าสุด : 22/8/2561 20:15:23

ข้อมูลอุบัติเหตุ

คำรักษา-แบบบต.-ใบวางบิล

คำขอชดเชยพักกักขังตัวคนมีไข้

ส่งต่อผู้ป่วย

รายงาน

ช่วยเหลือ

EOD Internet Explorer 11.0 (60)

เพิ่มข้อมูลรถคันใหม่ เพิ่มข้อมูลผู้ประสบภัย

รายงานรถที่เกิดเหตุ

รถคันที่	ทะเบียนรถ	เลขตัวถัง	ประเภทรถ	ชื่อผู้ขับขี่	สถานะ	
1	ไม่ทราบทะเบียน		รถจักรยานยนต์		ปกติ	

การยืนยันความคุ้มครอง

ลำดับ	ทะเบียนรถ	เลขตัวถัง	กรรมกรรม	วันที่คุ้มครอง	บ.ประกันภัย	ชื่อผู้เอาประกัน	หมายเหตุ
1							

การคืนความคุ้มครอง

คันที่	ทะเบียนรถ	บริษัทประกันภัย	เลขกรรมกรรม	เลขตัวถัง	วันคุ้มครอง-สิ้นสุด	ชื่อผู้เอาประกัน	ประเภทรถ	วันที่ยื่นหัก

ข้อมูลผู้ประสบภัย

คนที่	วันที่รับผู้ป่วย	ชื่อ-สกุล ผู้ประสบภัย	เลขที่บัตร	อายุ	สถานะผู้ประสบภัย	ประเภทผู้ป่วย	สถานะ	อยู่ในรถ	ความคุ้มครอง	วันที่ยื่นยัน	ยืนยันโดย	หมายเหตุ
1	22/08/2561 00:00	นาย ชมนิสา เกตุรัตน์	1769900266015	1	สพ	OPD	ปกติ		ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์	22/08/2561	ECLAIM	



# เพิ่มเติมข้อมูลให้ครบถ้วนแล้วตรวจสอบความถูกต้องก่อนกด“บันทึกข้อมูล”

http://www.rvp-eclaim.com/Accident

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ E-Claim

File Edit View Favorites Tools Help

ตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาล - ... Central office for Healthc... ค้นหาผู้ประกันตน Google abouttabs http--www.sso.go.th-hos...

e-Claim 2015  
ติดต่อสาขาสำนักงาน  
เข้าสู่ระบบล่าสุด : 27/8/256

ข้อมูลอุบัติเหตุ  
คำปรึกษา-แบบฟอร์ม-ใบคำ  
คำขอแพทย์รักษาตัว  
ส่งต่อผู้ป่วย  
รายงาน  
ช่วยเหลือ

รถคันที่ประสบเหตุ :  
คันที่ 1 ไม่ทราบทะเบียน

ตำแหน่ง: นาย ชื่อ: ขนนิลา นามสกุล: เกตุรัตน์ วันเกิด: อายุ: 1 ชาย หญิง

ประเภทบัตร: บัตรประจำตัวประชาชน ระบุประเภทบัตร: เลขที่บัตร: 1769900266015 สัญชาติ: Thai อาชีพ: -- เลือกอาชีพ --

ที่อยู่ปัจจุบัน: หมู่: ซอย: ถนน: จังหวัด: อำเภอ: ตำบล: โทรศัพท์:

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน: หมู่: ซอย: ถนน: จังหวัด: อำเภอ: ตำบล:

วันที่รับผู้ป่วย: เวลา: 00 นาที: 00

นำส่งโดย:  มาเอง  ถูกนำส่ง  มุลนิธิ  อื่นๆ

รับrefer จาก: -- เลือกจังหวัด -- -- เลือกโรงพยาบาล -- ประเภทผู้ป่วย:  OPD  IPD

ติดต่อหน่วยปฐมพยาบาล: สถานะผู้ป่วยสงสัย: HN: AN: ประเมินส่วนแขนขาขวา: ประเมินการดำรงค์:

http://www.rvp-eclaim.com/Accident

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ E-Claim

File Edit View Favorites Tools Help

ตรวจสอบสิทธิรักษาพยาบาล - ... Central office for Healthc... ค้นหาประกันตน Google abouttabs http--www.sso.go.th-hos...

e-Claim 2015  
ติดต่อสาขาสำนักงาน  
เข้าสู่ระบบล่าสุด : 27/8/256

ข้อมูลอุบัติเหตุ  
คำปรึกษา-แบบบด.-ใบว  
คำขอเช็คพักรักษาตัวค  
ส่งต่อผู้ป่วย  
รายงาน  
ช่วยเหลือ

ED0 IE 10.0 (80)

**นำส่งโดย:**  
 มาเอง     ถูกดีน่าส่ง     บูลนิธิ     อื่นๆ

รับrefer จาก    -- เลือกจังหวัด --    -- เลือกโรงพยาบาล --    ประเภทผู้ป่วย:  OPD  IPD

มีตาการรักษาแล้วประมาณ:    สถานะผู้ประสบภัย:    HN:    AN:    ประเมินจำนวนวันรักษา:    ประมาณการค่ารักษา:

   ผู้โดยสารรถประกัน    52831516           

แพทย์ผู้รักษา:    ใบประกอบวิชาชีพเลขที่:    อาการ:    วันที่เสียชีวิต:    เลขที่ใบมรณบัตร:

       บาดเจ็บเล็กน้อย       

**กรณีบาดเจ็บทุพพลภาพ:**  
- ลักษณะทุพพลภาพ -

**กรณีตั้งเบิกกองทุน:**  
- เลือกกรณีตั้งเบิกกองทุน -

**ลักษณะอาการบาดเจ็บ:**

**พฤติกรรมความเสี่ย:**

การสวมหมวกนิรภัย:	<input type="radio"/> สวม	<input type="radio"/> ไม่สวม	
ค่าแอลกอฮอล์:	<input type="radio"/> มี	<input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ไม่ทราบ
การใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่:	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่	<input type="radio"/> ไม่ทราบ
การใช้เข็มฉีดยา:	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่	<input type="radio"/> ไม่ทราบ

ปิดหน้าต่าง    บันทึกข้อมูล





# บต.4แบบที่1กรณีเซ็นเอกสารได้

# บต.4 แบบที่2กรณีพบ.พิมพ์ลายนิ้วมือมอบอำนาจ ต้องมีพยาน 2 คนและบัตรประชาชนของพยานพร้อมเซ็นสำเนาถูกต้อง

บต. 4

**หลักฐานประกอบคำร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น**

1. ( ) ใบเสร็จรับเงิน ( ) หลักฐานการแจ้งหนี้  
 เลขที่ ..... จำนวน ..... ฉบับ  
 ชื่อสถานพยาบาล .....  
 ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 เป็นจำนวนเงิน ..... บาท ..... สตางค์ ( )

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ  
 ลงชื่อ..... โรงพยาบาล / สถานพยาบาล ผู้ยื่นคำร้อง

**หนังสือมอบอำนาจและ คำรับรองของผู้ประสบภัย**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. .... อายุ ..... ปี ผู้ประสบภัยขอมอบอำนาจให้สถานพยาบาล  
 ชื่อ **โรงพยาบาลศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล** เป็นผู้ยื่นคำร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นจาก บริษัท..... จำกัด  
 เพื่อค่ารักษาพยาบาล ทั้งนี้ให้มีอำนาจขอรับเงินดังกล่าว โดยถือเสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำลงไปด้วยตนเองทุกประการและขอให้บริษัทฯ  
 ค่าเสียหายเบื้องต้นตามคำร้องขอนี้ ให้แก่ผู้รับมอบอำนาจในนามของผู้รับมอบอำนาจโดยตรง เนื่องจากข้าพเจ้าเป็นหนี้ค้างชำระ  
 ค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้รับมอบอำนาจ ซึ่งข้าพเจ้ารับการรักษาพยาบาลตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และข้าพเจ้าขอให้  
 รับรองต่อบริษัทประกันภัย และสถานพยาบาลผู้รับมอบอำนาจว่า

- ข้าพเจ้า  เคย  ไม่เคยรับหรือสัญญาว่าจะรับค่าเสียหายเบื้องต้นจากเจ้าของรถหรือบริษัทผู้รับประกันภัย หรือกองทุน  
 ทดแทนผู้ประสบภัย (เป็นจำนวนเงิน ..... บาท )
- ข้าพเจ้า  เคย  ไม่เคย มอบอำนาจให้สถานพยาบาลอื่นขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น (เป็นจำนวนเงิน .....บาท )  
 ( สถานพยาบาลชื่อ (ถ้าเคย) ..... )

เมื่อข้าพเจ้ามอบอำนาจให้สถานพยาบาลนี้รับค่าเสียหายเบื้องต้นจากบริษัทประกันภัยครบถ้วนตามจำนวนที่กฎหมายกำหนดแล้ว  
 ข้าพเจ้าจะไม่ขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นจากเจ้าของรถหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยในจำนวนค่าเสียหายดังกล่าวซ้ำอีก หากข้าพเจ้าผิดคำ  
 รับรองข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาลนี้เรียกค่าเสียหายและดำเนินคดีตามกฎหมายกับข้าพเจ้าได้ทุกประการ

ลงชื่อ พิชญ์ โสภณ ผู้ประสบภัย / ผู้มอบอำนาจ  
 (นางสาวสุพัตรา รุ่งเรือง)

ลงชื่อ ศิริลักษณ์ วิชาญ พยาน  
 (ศิริลักษณ์ วิชาญ)

**ใบรับเงิน**

ได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นจากบริษัท..... จำกัด เป็นจำนวนเงิน ..... บาท  
 (.....) ให้เป็นการถูกต้องแล้วและเพื่อเป็นหลักฐานจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน  
 (.....) ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน  
 (.....)

หมายเหตุ ในกรณีที่จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าจำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้นที่ผู้ประสบภัยมอบให้สถานพยาบาล มาขอรับจากบริษัท  
 ประกันภัย ขอให้สถานพยาบาลสลักหลังใบเสร็จรับเงินส่วนเกินนี้ด้วยว่า เป็นค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินกว่าค่าเสียหายเบื้องต้น ทั้งนี้เพื่อ  
 ป้องกันมิให้ผู้ประสบภัยนำมาเบิกซ้ำซ้อนอีก

หมายเหตุ ผู้ประสบภัยได้อนุญาตบริษัทขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น ตามพระราชบัญญัตินี้ โดยทุจริตหรือแสดงหลักฐานอันเป็นเท็จ เพื่อรับ  
 ค่าเสียหายเบื้องต้นตามพระราชบัญญัตินี้ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

บต. 4

**หลักฐานประกอบคำร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น**

1. ( ) ใบเสร็จรับเงิน ( ) หลักฐานการแจ้งหนี้  
 เลขที่ ..... จำนวน ..... ฉบับ  
 ชื่อสถานพยาบาล .....  
 ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 เป็นจำนวนเงิน ..... บาท ..... สตางค์ ( )

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ  
 ลงชื่อ..... โรงพยาบาล / สถานพยาบาล ผู้ยื่นคำร้อง

**หนังสือมอบอำนาจและ คำรับรองของผู้ประสบภัย**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. .... อายุ ..... ปี ผู้ประสบภัยขอมอบอำนาจให้สถานพยาบาล  
 ชื่อ **โรงพยาบาลศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล** เป็นผู้ยื่นคำร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นจาก บริษัท..... จำกัด  
 เพื่อค่ารักษาพยาบาล ทั้งนี้ให้มีอำนาจขอรับเงินดังกล่าว โดยถือเสมือนว่าข้าพเจ้าได้กระทำลงไปด้วยตนเองทุกประการและขอให้บริษัทฯ  
 ค่าเสียหายเบื้องต้นตามคำร้องขอนี้ ให้แก่ผู้รับมอบอำนาจในนามของผู้รับมอบอำนาจโดยตรง เนื่องจากข้าพเจ้าเป็นหนี้ค้างชำระ  
 ค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้รับมอบอำนาจ ซึ่งข้าพเจ้ารับการรักษาพยาบาลตาม พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 และข้าพเจ้าขอให้  
 รับรองต่อบริษัทประกันภัย และสถานพยาบาลผู้รับมอบอำนาจว่า

- ข้าพเจ้า  เคย  ไม่เคยรับหรือสัญญาว่าจะรับค่าเสียหายเบื้องต้นจากเจ้าของรถหรือบริษัทผู้รับประกันภัย หรือกองทุน  
 ทดแทนผู้ประสบภัย (เป็นจำนวนเงิน ..... บาท )
- ข้าพเจ้า  เคย  ไม่เคย มอบอำนาจให้สถานพยาบาลอื่นขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น (เป็นจำนวนเงิน .....บาท )  
 ( สถานพยาบาลชื่อ (ถ้าเคย) ..... )

เมื่อข้าพเจ้ามอบอำนาจให้สถานพยาบาลนี้รับค่าเสียหายเบื้องต้นจากบริษัทประกันภัยครบถ้วนตามจำนวนที่กฎหมายกำหนดแล้ว  
 ข้าพเจ้าจะไม่ขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นจากเจ้าของรถหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยในจำนวนค่าเสียหายดังกล่าวซ้ำอีก หากข้าพเจ้าผิดคำ  
 รับรองข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาลนี้เรียกค่าเสียหายและดำเนินคดีตามกฎหมายกับข้าพเจ้าได้ทุกประการ

ลงชื่อ พิชญ์ โสภณ (มีทั้งลายนิ้วมือผู้ประสบภัย / ผู้มอบอำนาจ)  
 (นางสาวสุพัตรา รุ่งเรือง)

ลงชื่อ ศิริลักษณ์ วิชาญ พยาน  
 (ศิริลักษณ์ วิชาญ)

**ใบรับเงิน**

ได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นจากบริษัท..... จำกัด เป็นจำนวนเงิน ..... บาท  
 (.....) ให้เป็นการถูกต้องแล้วและเพื่อเป็นหลักฐานจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน  
 (.....) ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน  
 (.....)

หมายเหตุ ในกรณีที่จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าจำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้นที่ผู้ประสบภัยมอบให้สถานพยาบาล มาขอรับจากบริษัท  
 ประกันภัย ขอให้สถานพยาบาลสลักหลังใบเสร็จรับเงินส่วนเกินนี้ด้วยว่า เป็นค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินกว่าค่าเสียหายเบื้องต้น ทั้งนี้เพื่อ  
 ป้องกันมิให้ผู้ประสบภัยนำมาเบิกซ้ำซ้อนอีก

หมายเหตุ ผู้ประสบภัยได้อนุญาตบริษัทขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น ตามพระราชบัญญัตินี้ โดยทุจริตหรือแสดงหลักฐานอันเป็นเท็จ เพื่อรับ  
 ค่าเสียหายเบื้องต้นตามพระราชบัญญัตินี้ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ



เล่มทะเบียนรถ

ทะเบียนรถ

เลขตัวถัง

**รายการจดทะเบียน**

วันจดทะเบียน 17 มิถุนายน 2558 เลขทะเบียน 4กข 7908 จังหวัด กรุงเทพมหานคร  
 ประเภท รถจักรยานยนต์ (รย. 10) ล้อสาม กรุงเทพมหานคร  
 ยี่ห้อรถ HONDA แบบ PCX 150 รุ่นปี ค.ศ. 2015  
 สี ขาว แดง เลขตัวรถ MLHKF2083F5210321 อยู่ที่ ใต้ที่นั่ง  
 ยี่ห้อเครื่องยนต์ HONDA เลขเครื่องยนต์ KF20E-4210321  
 อยู่ที่ ซ้ายเครื่อง เชื้อเพลิง เบนซิน เลขถังแก๊ส

จำนวน 1 สูบ 149.32 ซีซี แรงม้า 2 เมลล 2 ล้อ ยาง 2 เส้น  
 น้ำหนักรถ กก. น้ำหนักบรรทุก/น้ำหนักลงเพล่า กก.  
 น้ำหนักรวม กก. ที่นั่ง 2 คน

---

6877517

**เจ้าของรถ**

ลำดับที่ 1 วันที่ครอบครองรถ 17 มิถุนายน 2558

ผู้ถือกรรมสิทธิ์ ร้อยตำรวจโทประภาส กฉัตรเพชร  
 เลขที่บัตร 3100201646092 วันเกิด 1 ตุลาคม 2500 สัญชาติ ไทย  
 ที่อยู่ 264/52 ซ. สมเด็จพระปิ่นเกล้า 2 แขวงบางยี่ขัน โทร.  
 เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

ผู้ครอบครอง  
 เลขที่บัตร วันเกิด สัญชาติ โทร.  
 ที่อยู่

สัญญาเช่าซื้อเลขที่ ลงวันที่

ลงชื่อ ร.ต.ท. [ลายเซ็น] ลงชื่อ ผู้ถือกรรมสิทธิ์ [ลายเซ็น]  
 (นายประภาส กฉัตรเพชร) (น.ส. ปารชาติ เทียมพานิช)  
 เลขาพนักงานเจ้าหน้าที่ เจ้าพนักงานสอบสวน นายทะเบียน

รับรองสำเนาถูกต้อง  
 ร.ต.ท. [ลายเซ็น]  
 (ประภาส กฉัตรเพชร)

5

# กรมธรรม์





กรมธรรม์

วันที่คุ้มครอง-วันที่สิ้นสุดของกรมธรรม์

เลขกรมธรรม์



บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรoad จำกัด  
ROAD ACCIDENT VICTIMS PROTECTION COMPANY LIMITED  
เลขที่ 44/1 ซอยศรีวิชัย หมู่ 11 ถนนวิเศษมิตร แขวงวิเศษชัยชาญ เขตวิเศษวัง ภูมิกทมพยานนคร 10310  
โทรศัพท์ : 0-2100-9191 โทรสาร : 0-2643-0293 เซลล์กลาง Call Center 1791  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105541011867 "สำนักงานใหญ่"

26037210135



ทะเบียนเลขที่ 05541011867

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105541011867

ตารางกรมธรรม์ประกันคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรoad/ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษีอย่างย่อ  
THE SCHEDULE/RECEIPT/TAX INVOICE (ABB)

รหัสบริษัท : Co.Code	2081	กรมธรรม์ประกันภัย/ใบกำกับภาษีเลขที่ Policy/Tax Invoice No.	8110761240560382		*8110124056038*	
รายการ Item	1. ผู้เอาประกันภัย :	Name	10 ม.10 ค.ช้างเผือก อ.สุวรรณภูมิ จ.ร้อยเอ็ด 45130 โทร.0623826725		อาณาเขตที่คุ้มครอง Territorial Limit Covered : ประเทศไทย Thailand	
รายการ Item	2. ระยะเวลาประกันภัย :	Address	From	3 พฤษภาคม 2561	To	3 พฤษภาคม 2562 เวลา 16:30 น. at 16:30 hours
รายการ Item	3. รถที่เอาประกันภัย :	3. Particulars of Motor Vehicle				
รหัส Code	ชื่อรถ Make	เลขทะเบียน Licence No.	เลขตัวถัง Chassis No.	แบบตัวถัง Body Type	ขนาดเครื่องยนต์ Capacity	
1.30B	ฮอนด้า	ป้ายแดง กท	MLHJF3509H5503907	จักรยานยนต์	125 ซีซี	
รายการ Item	4. จำนวนเงินคุ้มครองผู้ประสบภัย :	(1) 80,000 บาท ต่อหนึ่งคน สำหรับความเสียหายต่อชีวิตหรืออวัยวะ (2) 300,000 บาท ต่อหนึ่งคน สำหรับการเสียชีวิต หรือทุพพลภาพอย่างถาวร (3) 200,000 บาท ถึง 300,000 บาท ต่อหนึ่งคน สำหรับการสูญเสียอวัยวะ (4) 200 บาทต่อวัน รวมกันไม่เกิน 20 วัน สำหรับการชดเชยรายวันกรณีการรักษาในสถานพยาบาลในราชอาณาจักร ทั้งนี้จำนวนเงินคุ้มครองสูงสุดสำหรับ (1) (2) (3) และ (4) รวมกันไม่เกิน 4,000 บาท ต่อหนึ่งคน และรวมกันไม่เกินห้าล้านบาทสำหรับกรณีที่ไม่เกินเจ็ดคนหรืออวัยวะทุกคู่โดยสำรวจรวมทั้งผู้ขับขี่ไม่เกินเจ็ดคน และไม่เกินสามล้านบาท สำหรับกรณีที่มิใช่เกินเจ็ดคนหรืออวัยวะทุกคู่โดยสำรวจรวมทั้งผู้ขับขี่ไม่เกินเจ็ดคน ต่ออุบัติเหตุแต่ละครั้ง				
รายการ Item	5. จำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้น :	ความเสียหายต่อร่างกาย ไม่เกิน 30,000 บาท ต่อหนึ่งคน หรือตามที่กฎหมายกำหนด ความเสียหายต่อร่างกาย สำหรับการสูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพอย่างถาวร 35,000 บาท หรือตามที่กฎหมายกำหนด ความเสียหายต่อชีวิต 35,000 บาท ต่อหนึ่งคน หรือตามที่กฎหมายกำหนด				
รายการ Item	6. เบี้ยประกันภัย : (บาท)	จำนวนเงินค่าเสียหายเบื้องต้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของจำนวนเงินคุ้มครองผู้ประสบภัยตามรายการ 4 300.00				
เบี้ยประกัน Premium	ส่วนลดจากการประกันภัยโดยตรง Premium Discounts	เบี้ยประกันสุทธิ Net Premium	อากรแสตมป์ Stamp	ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT	รวมเงิน Total	
300.00	0.00	300.00	2.00	21.14	323.14	
รายการ Item	7. การใช้รถ :	ใช้เป็นรถส่วนบุคคล ไม่ใช้รับจ้างหรือให้เช่า				
<input type="checkbox"/> การประกันภัยโดยตรง Direct Insurance		<input type="checkbox"/> ตัวแทนประกันภัย Agent		<input type="checkbox"/> นายหน้าประกันภัย Broker		<input type="checkbox"/> ใบอนุญาตเลขที่ License No
วันที่สัญญาประกันภัย : 3 พฤษภาคม 2561 เวลา 12:09:55:487 Agreement made on		วันที่กรมธรรม์ประกันภัย : 3 พฤษภาคม 2561 Policy issued on				

กรรมการ Director



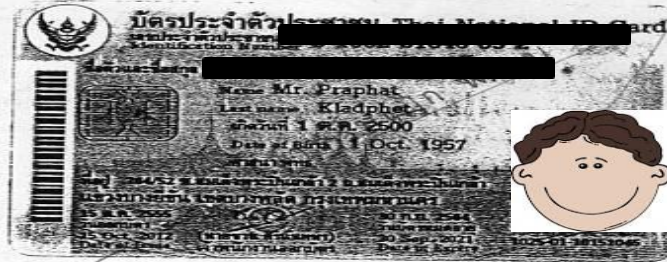
กรรมการ Director

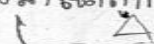
สำเนาถูกต้อง  
บริษัท ไทยวิฟ

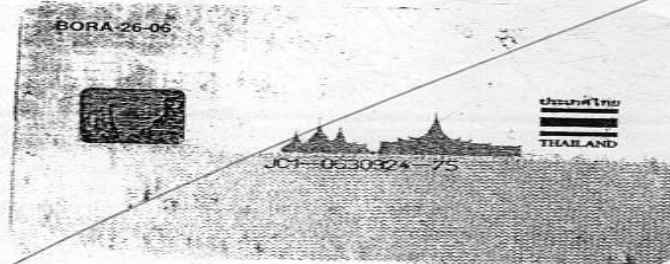
(นางวิลาวัลย์ เชื้อราษฎร์)  
ผู้รับมอบอำนาจ Authorized Signatory/ผู้รับเงิน Cashier  
3 พฤษภาคม 2561

เลขตัวถัง

# บัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย

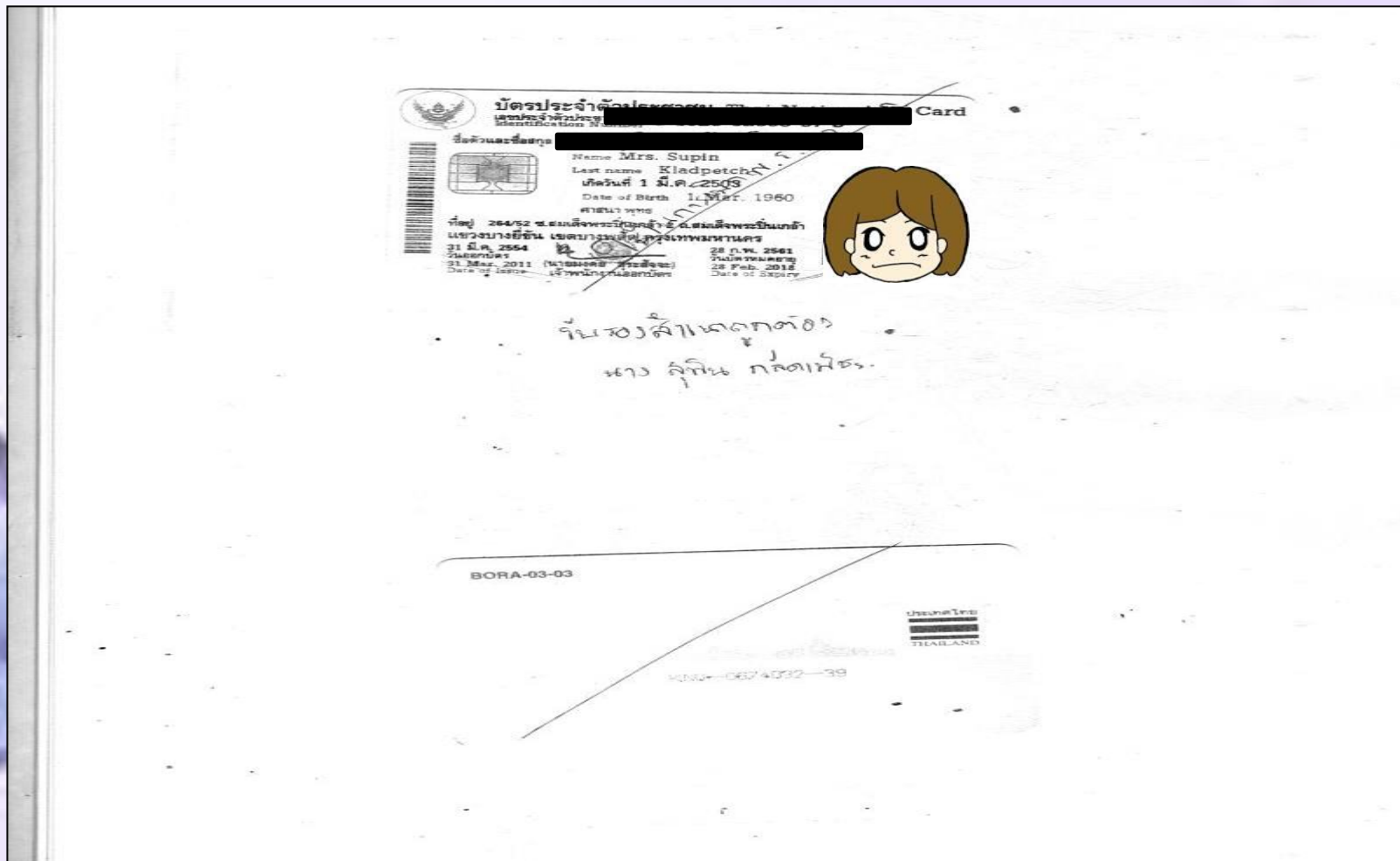


รับรองสำเนาถูกต้อง  
รตท.   
(ประภากร - กัลลพันธ์)





# บัตรประจำตัวประชาชนของญาติที่เซ็นด์เป็นพยานในใบ บต.4 (กรณีที่ฉปพิมพ์ ลายนิ้วมือมอบอำนาจ)







# คำถาม

1. ยกตัวอย่างบริษัทที่ให้โรงพยาบาลรับมอบอำนาจตั้งเบิกที่บ.กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด
2. กรณีผู้มีสิทธิประกันสังคมรพ.ศิริราช ประสบเหตุจากรถไม่มีเอกสารการตั้งเบิกค่ารักษาพยาบาลสิทธิพรบ.มาจะสามารถใช้ประกันสังคมได้หรือไม่
3. วงเงินเบิกค่ารักษาพยาบาลสิทธิพรบ.เบื้องต้นวงเงินเท่าไร

