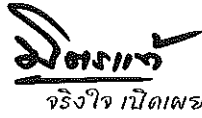


บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000252

295 ถนนสีพระยา แขวงสีพระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ : 0-2640-7777, โทรสาร 0-2640-7799



Mittare Insurance Public Company Limited. Tax ID. 0107555000252

295 Siphaya Road, Siphaya, Bangrak, Bangkok 10500

Tel. 0-2640-7777 Fax. 0-2640-7799

### สัญญาประนีประนอมยอมความ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า ..... อายุ ..... ปี อยู่บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ .....

ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... เลขที่บัตรประชาชน ..... โทรศัพท์ .....

ในฐานะ .....

ทำสัญญาฉบับนี้ขึ้น เนื่องจากการที่ ..... ขับรถยนต์คันหมายเลข

ทะเบียน ..... ชนิดรถยนต์ / รถจักรยานยนต์ / รถยนต์ ..... เป็นเหตุให้

.....

.....

เหตุเกิดที่ ..... ที่อยู่ที่ สภ. / สทล. ....

เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... เวลาที่ ..... กรมธรรม์เลขที่ .....

เพื่อเป็นการระงับข้อพิพาทที่มีอยู่หรือจะมีขึ้นในภายหน้าให้เสร็จสิ้นไป

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) จัดการซ่อมแซมทรัพย์สิน / รถยนต์ / จักรยานยนต์ / คันหมายเลขทะเบียน ..... ให้ โดยอยู่ / ร้านซ่อมทรัพย์สินที่ทาง บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เป็นผู้กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงรับการชดใช้ค่าสินไหมทดแทนความเสียหาย ค่ารักษาพยาบาล / ค่าปลงศพ และอื่น ๆ เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ..... บาท (.....) ซึ่งเงินจำนวนนี้ บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) กำหนดให้ข้าพเจ้ามารับเงิน ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

..... ได้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้ข้าพเจ้าเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ..... บาท (.....) ในวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

เมื่อข้าพเจ้าได้รับการชดใช้ค่าเสียหายแล้ว ข้าพเจ้าให้สัญญาว่าจะไม่ติดใจที่จะเรียกร้อง ค่าขาดประโยชน์จากการใช้รถ / ทรัพย์สิน ค่าเสื่อมราคา / ทรัพย์สิน ค่ารักษาพยาบาลก่อนเสียชีวิต ค่าขาดไร้อุปการะ ค่าขาดประโยชน์ทำมาหาได้ ค่าขาดการงานของบุคคลภายนอก และไม่ติดใจเรียกร้องอื่นใด หรือเอาความใด ๆ ทั้งทางแพ่งและทางอาญาต่อผู้หนึ่งผู้ใด ซึ่งเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุครั้งนี้ต่อไป

เพื่อเป็นหลักฐานแห่งการนี้ ข้าพเจ้าจึงลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..... ผู้ให้สัญญา / ผู้เสียหาย / รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับสัญญา  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)



# เอกสารแสดงฐานะการเงิน และรายละเอียดการเรียกร้องค่าสินไหม

## กรณีเสียชีวิต

เคลมเลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้เสียชีวิต ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
อาชีพ.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ที่อยู่ตามบัตร บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
หมู่บ้าน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
สถานภาพ  โสด  จดทะเบียนสมรส  อยู่กินฉันท์สามีภรรยาไม่ได้สมรส

### หลักฐานแสดงรายได้ก่อนเสียชีวิต พร้อมเอกสารประกอบ

หนังสือรับรองเงินเดือนจาก บริษัท/ห้าง/ร้าน.....รับเงินเดือน.....บาท/เดือน

เอกสารแสดงการเสียภาษีเงินได้ (กรณีไม่มีระบุในหนังสือรับรองเงินเดือน) เสียภาษี.....บาท/เดือน

หลักฐานแสดงการมีรายได้อื่น

○ รายได้จาก.....เป็นเงิน.....บาท/เดือน

○ รายได้จาก.....เป็นเงิน.....บาท/เดือน

รวมรายได้เป็นเงิน.....บาท/เดือน

### รายการผู้ต้องอุปการะ

1. คู่สมรส ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....รายได้.....บาท/เดือน

2. จำนวนบุตรทั้งหมด.....คน (ระบุเฉพาะผู้เยาว์ อายุต่ำกว่า 20 ปี หรือผู้พิการทางร่างกาย/สมองที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้)

1.1 บุตรคนที่.....อายุ.....ปี อาชีพ.....สถานที่ทำงาน/กำลังศึกษาระดับ.....

1.2 บุตรคนที่.....อายุ.....ปี อาชีพ.....สถานที่ทำงาน/กำลังศึกษาระดับ.....

1.3 บุตรคนที่.....อายุ.....ปี อาชีพ.....สถานที่ทำงาน/กำลังศึกษาระดับ.....

3. บิดา ชื่อนาย.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  ถึงแก่กรรม  มีชีวิตอยู่

4. มารดา ชื่อนาง.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  ถึงแก่กรรม  มีชีวิตอยู่

### รายการความเสียหาย กับจำนวนค่าเสียหายที่เรียกร้อง

1. ค่าปลงศพ และค่าจัดการงานศพเป็นเงิน.....บาท 5. ค่า.....เป็นเงิน.....บาท

2. ค่า.....เป็นเงิน.....บาท 6. ค่า.....เป็นเงิน.....บาท

3. ค่า.....เป็นเงิน.....บาท 7. ค่า.....เป็นเงิน.....บาท

4. ค่า.....เป็นเงิน.....บาท 8. ค่า.....เป็นเงิน.....บาท

#### ส่วนของบริษัท

- พิจารณารับผิดชอบเมื่อวันที่.....โดย.....

- วงเงินคุ้มครองสูงสุดตามกรมธรรม์ต่อคน.....บาท

ความเห็นผู้เสนอพิจารณา.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ วันที่...../...../.....

ความเห็นผู้พิจารณา.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ วันที่...../...../.....

รวมค่าเสียหายเรียกร้องทั้งสิ้น.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้อง / ทายาท

(.....) วันที่...../...../.....

โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สำรวจอุบัติเหตุ

(.....) วันที่...../...../.....

โทรศัพท์.....

เอกสารแสดงฐานะการเงิน และรายละเอียดการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน  
ที่ได้รับบาดเจ็บ หรือทุพพลภาพ

เคลมเลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้บาดเจ็บ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
อาชีพ.....บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ที่อยู่ตามบัตร บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
หมู่บ้าน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....  
โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์บ้าน.....Email.....  
มารดาชื่อ.....นามสกุล.....บิดาชื่อ.....นามสกุล.....  
อายุ.....ปี บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....อายุ.....ปี บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....  
จังหวัด.....โทรศัพท์มือถือ.....จังหวัด.....โทรศัพท์มือถือ.....  
โทรศัพท์บ้าน.....Email.....โทรศัพท์บ้าน.....Email.....

อาการที่ได้รับบาดเจ็บ

- อาการที่ได้รับบาดเจ็บ กรณีไม่มีใบรับรองแพทย์.....
- อาการที่ได้รับบาดเจ็บตามใบรับรองแพทย์.....
- จำนวนวันที่ต้องพักรักษาตัวตามใบรับรองแพทย์..... วัน สถานที่รักษาโรงพยาบาล.....
- ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....ฉบับ เป็นเงินค่ารักษาพยาบาลรวมทั้งสิ้น.....บาท

หลักฐานแสดงรายได้ พร้อมเอกสารประกอบ

- หนังสือรับรองเงินเดือนจาก บริษัท/ห้าง/ร้าน.....เงินเดือน.....บาท/เดือน
  - เอกสารแสดงการขึ้นเสียภาษีเงินได้ (ระบุจำนวนเงิน) ที่ต้องเสียภาษี.....บาท/เดือน
  - หลักฐานแสดงการมีรายได้อื่น
    - รายได้จาก.....เป็นเงิน.....บาท/เดือน
    - รายได้จาก.....เป็นเงิน.....บาท/เดือน
    - รายได้จาก.....เป็นเงิน.....บาท/เดือน
- รวมรายได้เป็นเงิน.....บาท/เดือน

รายการความเสียหาย กับ จำนวนค่าเสียหายที่เรียกร้อง

1. ค่ารักษาพยาบาลตามใบเสร็จ/ใบแจ้งหนี้ เป็นเงิน.....บาท 5. ค่า.....เป็นเงิน.....บาท
2. ค่า.....เป็นเงิน.....บาท 6. ค่า.....เป็นเงิน.....บาท
3. ค่า.....เป็นเงิน.....บาท 7. ค่า.....เป็นเงิน.....บาท
4. ค่า.....เป็นเงิน.....บาท 8. ค่า.....เป็นเงิน.....บาท

ส่วนของบริษัท

พิจารณารับผิดชอบเมื่อวันที่.....โดย.....  
วงเงินคุ้มครองสูงสุดตามกฎหมายต่อคน.....บาท  
วามเห็นผู้เสนอพิจารณา.....  
.....  
งชื่อ.....ผู้เสนอ วันที่...../...../.....  
วามเห็นผู้พิจารณา.....  
งชื่อ.....ผู้อนุมัติ วันที่...../...../.....

รวมค่าเสียหายเรียกร้องทั้งสิ้น.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้เสียหาย / เรียกร้อง  
(.....)วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สำรวจอุบัติเหตุ



## หนังสือสละสิทธิ์รับค่าสินไหมทดแทน

ทำที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....ขอแสดงเจตนาต่อบริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ดังนี้

ข้าพเจ้าเป็นทายาทโดยชอบด้วยกฎหมายของ.....ซึ่งถึงแก่กรรมตาม  
ใบมรณบัตร เลขที่ ..... ออกให้โดย.....  
อำเภอ.....จังหวัด.....ไม่ประสงค์จะขอรับค่าสินไหมทดแทนจาก  
บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) และขอสละสิทธิ์รับค่าสินไหมทดแทน โดยข้าพเจ้ายินยอมให้  
บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) จ่ายค่าสินไหมทดแทนในนาม.....  
เป็นผู้รับเงินแต่เพียงผู้เดียว

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ)..... ผู้สละสิทธิ  
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน  
(.....)

(ลงชื่อ)..... พยาน  
(.....)

# บันทึกการตกลงค่าสินไหมทดแทน

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

วันที่.....

บันทึกนี้แสดงว่า วันนี้ (.....) เวลาประมาณ.....น. คู่กรณีคือ

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

.....ผู้บาดเจ็บ / ทายาทโดยธรรม / ผู้รับมอบอำนาจ ขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เป็นจำนวนเงิน.....บาท

ทางบริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้เจรจาค่าสินไหมทดแทน โดยพิจารณาเสนอเป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ฝ่ายของ.....

ผู้บาดเจ็บ / เสียชีวิต ยอมรับตามข้อเสนอและตกลงกันได้ จึงนัดหมายจ่ายค่าสินไหมทดแทนดังกล่าว

ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หลังจากที่ได้รับค่าสินไหมทดแทนแล้วจะยุติ และไม่เรียกร้องค่าสินไหมและค่ารักษาในอนาคตต่อทางบริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) และจะไม่ให้บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เข้าร่วมพฤติการณ์ใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคดี ทั้งทางแพ่งและทางอาญาต่อไป

อ่านให้ฟังแล้ว / อ่านเองยอมรับว่าถูกต้อง จึงบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้บาดเจ็บ/ทายาทโดยธรรม/ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สินไหมทดแทน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)

## บันทึกถ้อยคำ

ประกอบการขอรับค่าสินไหมทดแทนจาก บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

กรมธรรม์เลขที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต .....

จังหวัด.....ในฐานะทายาทโดยธรรมของ.....ผู้ประสบภัย

ขอให้สัญญาว่า หากมีทายาทโดยธรรมของผู้ประสบภัย ซึ่งมีสิทธิเหนือกว่า หรือ เท่าเทียมกับข้าพเจ้า มาเรียกร้อง

ขอรับค่าสินไหมทดแทนจาก บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามกรมธรรม์ดังกล่าวข้างต้นภายหลัง

ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับจาก บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

คืนให้กับผู้ที่มีสิทธิเหนือกว่า หรือ เกลี้ยคืนให้กับผู้ที่มีสิทธิเท่าเทียมกับข้าพเจ้า นับแต่วันทราบข้อเท็จจริงโดย

ไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบและเข้าใจข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้ให้ถ้อยคำ (ลงชื่อ).....ผู้บันทึก

(.....)

(.....)

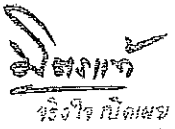
(ลงชื่อ).....พยาน (ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(.....)



บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105490000227  
95 ถนนสีพระยา แขวงสีพระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500  
โทรศัพท์ : 0-2640-7777 โทรสาร : 0-2640-7799  
ยกเว้นรับแจ้งอุบัติเหตุ โทร.1741 ตลอด 24 ชั่วโมง



Mittare Insurance Public Co.,Ltd. Tax ID. 0105490000227  
295 Siphaya Road, Siphaya, Bangrak, Bangkok 10500  
Tel. 0-2640-7777 Fax. 0-2640-7799  
E-mail : [contactcenter@mittare.com](mailto:contactcenter@mittare.com)

### ใบรับเงินค่าชดเชยรายวัน

ตาม พ.ร.บ. กู้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ในฐานะ  ผู้ประสบภัยจากรถ  ทายาทของ  
ผู้ประสบภัยชื่อ.....ซึ่งเป็น  ผู้ขับขี่  ผู้โดยสาร  บุคคลภายนอก  
ได้รับค่าเสียหายสำหรับ

ค่าชดเชยรายวัน จำนวน.....วัน จำนวน.....บาท  
รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

เนื่องจากกรณีรถหมายเลขทะเบียน.....ตามกรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองผู้ประสบภัย  
จากรถ เลขที่.....ซึ่งมีประกันไว้กับบริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
ได้เกิดอุบัติเหตุเฉี่ยวชนรถหมายเลขทะเบียน.....ซึ่งมีประกันไว้กับบริษัท  
.....เหตุเกิดวันที่.....  
สถานที่เกิดเหตุ.....สถานที่ตำรวจ.....

ข้าพเจ้ายินยอมรับเงินที่ได้รับตามข้างต้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของค่าสินไหมทดแทน ที่บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด  
(มหาชน) จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

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

ลงชื่อ.....พยาน      ลงชื่อ.....พยาน  
(.....)      (.....)



## คำรับรอง

ข้าพเจ้าผู้ยื่นคำร้องขอในนามผู้ประสพภัย ขอให้คำรับรองว่า-

1. ข้าพเจ้า หรือผู้ประสพภัย ไม่เคยรับหรือทำสัญญาว่าจะรับค่าเสียหายเบื้องต้นจากเจ้าของรถ หรือผู้หนึ่งผู้ใด และยังไม่เคยรับหรือยื่นขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นจากกองทุนทดแทนผู้ประสพภัย
2. ข้าพเจ้าหรือผู้ประสพภัย ( ) เคย ( ) ไม่เคย มอบอำนาจให้สถานพยาบาลขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น (เป็นจำนวนเงิน.....บาท) (สถานพยาบาลชื่อ (ถ้าเคย).....)
3. เมื่อข้าพเจ้าได้รับค่าเสียหายเบื้องต้นจากบริษัทประกันภัยครบถ้วนตามจำนวนที่กฎหมายกำหนดแล้ว ข้าพเจ้าขอสัญญาว่า ข้าพเจ้าและผู้ประสพภัยจะไม่ไปเรียกร้องค่าเสียหายเบื้องต้นจากเจ้าของรถ หรือ มอบอำนาจให้บุคคลอื่น หรือสถานพยาบาลมารับค่าเสียหายเบื้องต้นจำนวนนี้ซ้ำอีก

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าและผู้ประสพภัยผิดคำรับรอง ข้าพเจ้าและผู้ประสพภัยยินยอมรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นทั้งหมดแก่บริษัท

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้องขอ  
(.....)

### หลักฐานประกอบคำร้องขอรับค่าเสียหายเบื้องต้น

#### ความเสียหายต่อร่างกาย (กรณีบาดเจ็บ)

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

2. สำเนาเอกสารอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้  
( ) บัตรประจำตัวผู้ประสพภัย  
( ) ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว  
( ) หนังสือเดินทาง  
( ) ทะเบียนบ้านของผู้ประสพภัย

#### ความเสียหายต่อชีวิต (กรณีตาย)

1. ( ) สำเนากรมบัตร
2. ( ) สำเนาทะเบียนที่ประจำวันในคดีของพนักงานสอบสวน
3. สำเนาเอกสารอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้-  
( ) บัตรประจำตัวผู้ประสพภัย  
( ) ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว  
( ) หนังสือเดินทาง  
( ) ทะเบียนบ้านของผู้ประสพภัย

#### หลักฐานประกอบคำร้องขอของทายาทโดยธรรม

1. ( ) สำเนาทะเบียนบ้านของทายาทโดยธรรม  
( ) อื่นๆ.....
2. สำเนาเอกสารอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้-  
( ) บัตรประจำตัวของทายาทโดยธรรม  
( ) ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว  
( ) หนังสือเดินทาง

**หมายเหตุ :** ผู้ประสพภัยผู้ใดยื่นคำร้องขอรับชดใช้ค่าเสียหายเบื้องต้น ตามพระราชบัญญัตินี้โดยทุจริต หรือ แสดงหลักฐานอันเป็นเท็จ เพื่อขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นตามพระราชบัญญัตินี้ ต้องระวางโทษจำคุก ไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

# หนังสือยืนยันสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล

เลขที่อุบัติเหตุ.....

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

เกิดเหตุเมื่อวันที่.....เวลา.....น. ซึ่งเป็น (ผู้ขับขี่/ผู้เอาประกันภัย/

เจ้าของรถ) รถยนต์หมายเลขทะเบียน.....ซึ่งได้ทำประกันภัย ไว้กับ

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้ขับมาตามถนน.....

และได้เกิดอุบัติเหตุเฉี่ยวชนรถยนต์/ จักรยานยนต์/ บุคคลภายนอก จำนวน.....ราย ดังรายชื่อต่อไปนี้

1.....อายุ.....ปี ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่.....

.....มีค่ารักษาเป็นจำนวนเงิน.....บาท

2.....อายุ.....ปี ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่.....

.....มีค่ารักษาเป็นจำนวนเงิน.....บาท

3.....อายุ.....ปี ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่.....

.....มีค่ารักษาเป็นจำนวนเงิน.....บาท

4.....อายุ.....ปี ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่.....

.....มีค่ารักษาเป็นจำนวนเงิน.....บาท

5.....อายุ.....ปี ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่.....

.....มีค่ารักษาเป็นจำนวนเงิน.....บาท

ซึ่งข้าพเจ้าได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับผู้ได้รับบาดเจ็บ และผู้ได้รับบาดเจ็บไม่ได้ทำหนังสือมอบอำนาจให้ข้าพเจ้ามาเบิกค่ารักษาคืน โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอยื่นคำร้องเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ได้สำรองจ่ายไป แก่บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ให้ทำจ่ายคืนในนามข้าพเจ้า

หากทางบริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้จ่ายเงินจำนวนดังกล่าวให้กับข้าพเจ้าแล้ว ต่อมาภายหลังได้มีการเรียกร้องจำนวนเงินดังกล่าว ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ดำเนินการรับผิดชอบเงินจำนวนดังกล่าวให้กับผู้ร้องเอง

ข้าพเจ้าขอรับรองข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ไม่มีผู้ใดบังคับ ชูเชิญ หรือหลอกลวง จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ/ บันทึก

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

## หนังสือยืนยันสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล

เลขที่อุบัติเหตุ.....

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....

เกิดเหตุเมื่อวันที่.....เวลา.....น. ซึ่งเป็น (ผู้ขับขี่/ผู้เอาประกัน/  
เจ้าของรถ) รถยนต์หมายเลขทะเบียน.....ซึ่งได้ทำประกันภัย ไว้กับ

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้ขับมาตามถนน.....

และได้เกิดอุบัติเหตุเฉี่ยวชนรถยนต์/ จักรยานยนต์ ของ (นาย/นาง/นางสาว) .....

นามสกุล.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

หลังจากเกิดเหตุ ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล /คลินิก.....

มีค่ารักษาเป็นจำนวนเงิน.....บาท

ซึ่งข้าพเจ้าได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับผู้ได้รับบาดเจ็บ และผู้ได้รับบาดเจ็บ ไม่ได้ทำหนังสือมอบ

อำนาจให้ข้าพเจ้ามาเบิกค่ารักษาคืน โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอยื่นคำร้องเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ได้สำรองจ่าย

ไป แก่บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ให้ทำจ่ายคืนในนามข้าพเจ้า

หากทางบริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้จ่ายเงินจำนวนดังกล่าวให้กับข้าพเจ้าแล้ว ต่อมาภาย

หลังได้มีการเรียกร้องจำนวนเงินดังกล่าว ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ดำเนินการรับผิดชอบเงินจำนวนดังกล่าวให้กับผู้ร้องเอง

ข้าพเจ้าขอรับรองข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ไม่มีผู้ใดบังคับ ชูเชิญ หรือหลอกลวง

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้บันทึก

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

## หนังสือบันทึกยืนยัน

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
( ผู้ประสบภัย / ทายาทโดยธรรม / ญาติ / ผู้รับมอบอำนาจ / เจ้าของรถ ) ของผู้ประสบภัย  
ราย.....ที่มาในรถหมายเลขทะเบียน.....  
ซึ่งเกิดเหตุวันที่.....ขอรับรองและยืนยันว่า

( ) ณ วันที่เกิดเหตุ รถคันหมายเลขทะเบียนข้างต้น ไม่มีและไม่ได้จัดทำประกันภัยตาม พ.ร.บ.  
คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถแต่อย่างใด

( ) ไม่เคยมอบอำนาจค่ารักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาล และไม่เคยรับ  
หรือยื่นขอรับค่าเสียหายเบื้องต้นจากกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยจากรถที่ใด หรือ กับบริษัทประกันภัยใด ๆ  
ทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าปลงศพ และค่าชดเชยรายวัน รวมทั้งค่าสินไหมทดแทนฯ

ข้าพเจ้าฯ ขอรับรองและยืนยันว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการหากภายหลังตรวจสอบพบว่า  
ข้อความข้างต้นดังกล่าวเป็นเท็จ ข้าฯ ยินดีคืนเงินให้กับ บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ทันที  
และยินยอมรับผิดชอบพร้อมให้บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ดำเนินคดีตามกฎหมายกับข้าฯทั้งทางแพ่ง  
และอาญา ข้าฯ ได้อ่านและเข้าใจถูกต้องดีแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....(ผู้ประสบภัย / ทายาทโดยธรรม / ญาติ / ผู้รับมอบอำนาจ / เจ้าของรถ)

(.....)

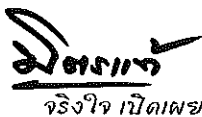
ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
 295 ถนนสีพระยา แขวงสีพระยา เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500  
 โทรศัพท์ : 0-2640-7777, โทรสาร 0-2640-7799  
 สายด่วนรับแจ้งอุบัติเหตุ โทร. 1741 ตลอด 24 ชั่วโมง



Mittare Insurance Public Co., Ltd.  
 295 Siphaya Road, Siphaya, Bangrak, Bangkok 10500  
 Tel. 0-2640-7777 Fax. 0-2640-7799  
 E-mail : [contactcenter@mittare.com](mailto:contactcenter@mittare.com)

ปิด  
 อากร  
 แสดมปี

**หนังสือมอบอำนาจ**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี  
 เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....  
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด.....ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามผูกพัน.....  
 สำนักงานตั้งอยู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....  
 อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....  
 สัญชาติ.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....  
 ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
 จังหวัด.....

**เป็นผู้มีอำนาจทำการแทนข้าพเจ้า**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ  
 (.....)  
 (ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ  
 (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมืออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจจริง

บัตรประจำตัวมอบอำนาจ  
 เลขที่.....  
 วันออกบัตร.....  
 วันหมดอายุ.....

(ลงชื่อ).....(พยาน)  
 (.....)  
 (ลงชื่อ).....(พยาน)  
 (.....)