

หนังสือโอนสิทธิเพื่อขอรับค่าเสียหายส่วนเกินเบื้องต้น
ตามพ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประกอบกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
ของบริษัทประกันภัยชื่อ.....

อุบัติเหตุเลขที่.....

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง

ผู้มีอำนาจลงนามกระทำการในนามของโรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับตัว
ผู้ประสบภัยจากรถชื่อ นามสกุล ตามบัตรประชาชน
..... ซึ่งเกิดอุบัติเหตุเมื่อวันที่ จากรถคันหมายเลขทะเบียน
..... ที่มีการเอาประกันภัยไว้กับ ตามอุบัติเหตุเลขที่
..... โดยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่
ถึงวันที่ เป็นจำนวน วัน มีค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น บาท

โดยการโอนสิทธิเรียกร้องของผู้ประสบภัยจากรถที่บริษัทประกันภัยได้รับทราบถึงการโอนสิทธินี้แล้ว
โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ในฐานะผู้รับโอนสิทธิ ประสงค์ขอรับค่าเสียหาย
ส่วนเกินเบื้องต้น จำนวน บาท ซึ่งเป็นค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ประสบภัยจากรถมีสิทธิได้รับ
ความคุ้มครองตามความเสียหายที่แท้จริงภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครอง ผู้ประสบภัยจากรถ ตาม พ.ร.บ.คุ้มครอง
ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.๒๕๓๕

ลงชื่อ ผู้รับโอนสิทธิและผู้ยื่นคำร้องขอ

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นามสกุล บัตรประชาชนเลขที่

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด ซึ่งเป็น ผู้ประสบภัยจากรถคันหมายเลขทะเบียน

ที่ได้รับความคุ้มครองตามสัญญาประกันภัยคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ที่เกิดอุบัติเหตุเมื่อวันที่

ขอโอนสิทธิเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากค่าเสียหายเบื้องต้นที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับจากบริษัทประกันภัยที่ต้อง
รับผิดชอบตามกฎหมายหรือภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยตามพ.ร.บ.คุ้มครอง ผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕
จำนวน.....บาท ให้แก่ โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นค่า
รักษาพยาบาลของข้าพเจ้าและยินยอมให้ แพทย์ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลแจ้งอาการบาดเจ็บและรายละเอียดในการ
รักษาพยาบาลเกี่ยวกับข้าพเจ้าให้กับบริษัทประกันภัยได้

ขอรับรองว่าการโอนสิทธินี้เป็นเจตนาแห่งตนข้าพเจ้าสัญญาว่าจะไม่รับค่าเสียหายในส่วนค่ารักษาพยาบาลใด
ภายใต้ ความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัยจากเจ้าของรถหรือบริษัทประกันภัยอีก จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน
ในการนี้

ลงชื่อ..... ผู้โอนสิทธิ/ผู้ประสบภัยจากรถ

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)