



แบบแจ้งเรียกร้องสินไหมทดแทน

- () ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล () ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ () ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก
 () เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง () ทูพหุภาพถาวรสิ้นเชิง () สูญเสียอวัยวะ () ทูพหุภาพสิ้นเชิงชั่วคราว () ค่ารักษา / ทำฟัน
 ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล

1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย..... เพศ..... อายุ.....ปี อาชีพ.....
 สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....
 เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

2. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้
 () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ
 2.1 ชื่อโรงพยาบาลวันที่เข้ารักษา.....วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....
 2.2 อาการเจ็บป่วย.....
 2.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....
 2.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล..... แผนกที่เข้ารับการรักษา.....
 2.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....
 2.6 ได้รับการรักษาโดย () การฉีดยา () การผ่าตัด (ระบุ)..... () อื่น ๆ (ระบุ).....
 2.7 ได้รับการตรวจความวิฤการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจเลือด () อื่น ๆ (ระบุ).....

3. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/ทูพหุภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/ทูพหุภาพสิ้นเชิงชั่วคราวจากการบาดเจ็บ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้
 3.1 สถานที่เกิดเหตุ.....
 3.2 วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ.....
 3.3 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด).....
 3.4 ชื่อผู้ทำเหตุการณ์..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
 3.5 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ.....
 3.6 มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ..... เมื่อวันที่.....
 3.7 ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา.....
 3.8 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา..... แผนกที่ทำการรักษา..... เลขที่ผู้ป่วยนอก.....
 3.9 การวินิจฉัยโรค.....
 3.10 วิธีการรักษา.....
 3.11 วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย.....
 3.12 ได้รับการตรวจความวิฤการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจเลือด () อื่น ๆ (ระบุ).....
 3.13 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด).....

4. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่ อายุครรภ์..... สัปดาห์

5. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย ของที่กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท.....หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง ส่วนภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย
 (.....)
 วันที่...../...../..... (.....)
 ความสัมพันธ์ วันที่...../...../.....
 (เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย

- โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใด ๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า)

ประเภทบัญชี: ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

ชื่อธนาคาร สาขา

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

****พร้อมนี้ให้ถ่ายสำเนาสมุดคู่ฝากธนาคาร และรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วย****

- ส่งเช็ค/ครีฟ ให้ตามที่ผู้ปฏิบัติงาน

แนบเอกสารที่ใช้ได้ประกอบการพิจารณามาด้วยแล้ว ดังนี้

- สำเนากรมธรรม์ประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้อง
- ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (สามารถใช้สำเนาใบเสร็จรับเงินหรือใบสรุปค่ารักษาพยาบาลที่รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงินของโรงพยาบาล พร้อมประทับตราโรงพยาบาล กรณีที่ข้อความคุ้มครองแบบขกขยรายได้)
- ใบรับรองแพทย์ ตามแบบฟอร์มของบริษัท
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวข้าราชการ รับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาเอกสารรายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดีของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
รับรองสำเนาถูกต้องโดยพนักงานตำรวจ(ถ้ามี)
- รายงานผลการตรวจแฮดของฮตเอนถือจากสถาบันนิติเวช/พนักงานตำรวจ (ถ้ามี)