



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมอุบัติเหตุ หรือ ค่ารักษาพยาบาล

ส่วนที่ 1 (Form A)

** โปรดเติมข้อความในช่องว่างทุกแห่งด้วยตัวบรรจง **

- เพื่อรักษาผลประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และส่งคืนมายังบริษัทฯ พร้อมแนบใบสรุปรายการค่ารักษา และใบเสร็จของโรงพยาบาลภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาล
- เพื่อความสะดวกรวดเร็ว ในการรับเงินค่าสินไหม ท่านสามารถแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร โดยกรอกแบบฟอร์มหนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารที่รับรองสำเนาถูกต้องแล้วกลับมายังบริษัทฯ

เลขที่กรมธรรม์

ชื่อผู้นำส่ง

ชื่อตัวแทน

โทรศัพท์

โทรศัพท์

วันที่นำส่ง

สาขา

ผลประโยชน์ AME AI PA HS HB WP DD PB

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย เลขที่บัตรประชาชน

วัน เดือน ปี เกิด อายุ ปี สัญชาติ สถานะ โสด สมรส หย่า หม้าย เพศ ชาย หญิง

ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อหมู่บ้าน/อาคารชุด เลขที่ หมู่ ซอย

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ E-mail address

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ชื่อหมู่บ้าน/อาคารชุด เลขที่ หมู่ ซอย

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ

บริษัทประกันอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ) เลขที่กรมธรรม์ของบริษัทอื่น ๆ

อาชีพ สถานที่ทำงาน และที่อยู่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์

2. กรณีเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย
ระยะเวลาของอาการก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ วันที่เข้ารับการรักษา

3. กรณีอุบัติเหตุ วันที่เกิดอุบัติเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ น. สถานที่เกิดเหตุ

โปรดระบุลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด

ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ

วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และทราบดีว่าหากข้อความไม่ตรงต่อความจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจมีผลต่อการเรียกค่าทดแทนอุบัติเหตุ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทฯ ได้

กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย

(.....)

ข้าพเจ้าประสงค์จะรับเงินโดย :-

เช็ค ส่งที่อยู่ปัจจุบัน ส่งให้สาขานำไปบริการ โอนเงิน เอกสารที่ต้องแนบ :- สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร

เลขที่บัญชี ธนาคาร สาขา

ใบมอบฉันทะ

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล นายแพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับ การเจ็บป่วย บาดเจ็บ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมาและข้อเท็จจริง เกี่ยวกับการตรวจสอบทดสอบผลเลือด และการตรวจรักษาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งรวมทั้งบทพร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัทฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีความสมบูรณ์ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกันต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่