แบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนค่ารักษาพยาบาล ศัลยกรรม และอุบัติเหตุ

(สำหรับการรักษาพยาบาลทั้งกรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก)

กรอกโดยผู้เอาประกันภัย / ผู้บาดเจ็บ/เรียกร้อง

1. กรมธรรม์เลขที่ ..... ระยะเวลาคุ้มครอง..... แผน .....

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย/ผู้บาดเจ็บ : ..... เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง อายุ.....ปี

( ) บัตรประชาชน ( ) ใบขับขี่ ( ) บัตรประจำตัวข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ เลขที่ .....

ที่อยู่ปัจจุบัน ..... โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

ท่านมีประกันชีวิต / สุขภาพ / อุบัติเหตุ กับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ (หากมีกรุณาระบุทุกกรมธรรม์).....

.....

ข้าพเจ้าขอใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเนื่องจาก ( ) การเจ็บป่วย ( ) อุบัติเหตุ

ข้าพเจ้าขอรับเงินโดย ( ) รับผ่านตัวแทน ( ) กรุณาส่งเช็ค / ดร๊าฟ ตามที่อยู่ด้านบน ( ) โอนเข้าบัญชี .....

..... ( ) อื่นๆ .....

2. กรณีการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากความเจ็บป่วย

2.1 อาการเจ็บป่วย .....

2.2 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล .....

2.3 รายละเอียดของการปรึกษาแพทย์	วันที่	ชื่อแพทย์ผู้รักษา	ชื่อสถานพยาบาล
แพทย์คนแรกที่ปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้	.....	.....	.....
แพทย์ที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	.....	.....	.....
แพทย์อื่นๆ ที่ให้คำปรึกษา	.....	.....	.....
แพทย์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการเดียวกันในอดีต	.....	.....	.....

3. กรณีการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากอุบัติเหตุ

3.1 วันที่เกิดเหตุ ..... เวลา ..... น. สถานที่เกิดเหตุ .....

3.2 อุบัติเหตุนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร .....

.....

3.3 ลักษณะการบาดเจ็บ .....

3.4 อุบัติเหตุครั้งนี้มีการแจ้งความ ( ) ไม่มี ( ) มี ณ สถานีตำรวจ ..... เมื่อวันที่ .....

4. รายละเอียดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4.1 ชื่อโรงพยาบาล ..... วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ..... วันที่ออกจาก ร.พ. .....

4.2 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ..... แผนกที่เข้ารับการรักษา.....

4.3 แพทย์ได้แจ้งผลการวินิจฉัยให้ทราบหรือไม่ กรุณาระบุการวินิจฉัยโรค .....

4.4 ได้รับการรักษาโดย ( ) การใช้ยา ( ) การผ่าตัด กรุณาระบุ .....

4.5 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ ( ) เอ็กซเรย์ ( ) ตรวจหัวใจ ( ) ตรวจเลือด ( ) อื่นๆ .....

4.6 วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย ..... ที่โรงพยาบาล .....

5. สำหรับผู้เอาประกันภัยสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งนี้ ท่านตั้งครรภ์หรือไม่

( ) ไม่ใช่ ( ) ใช่ อายุครรภ์ ..... สัปดาห์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใดที่มีบันทึกข้อมูล การเจ็บป่วย หรือประวัติการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัท ฯ ได้ เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ..... ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย

(.....) ตัวบรรจง (.....) ตัวบรรจง