



แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทน

- ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล (อุบัติเหตุ) ทูพพลภาพอวารสิ้นเชิง
 ค่าชดเชยการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง สูญเสียอวัยวะ เสียชีวิต

1. ชื่อ/สกุล ของผู้เอาประกันภัย เพศ อายุ ปี
หมายเลขบัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด...../...../..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....
.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร..... โทรศัพท์ที่บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... เลขที่อ้างอิง.....

2. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ICU อื่น ๆ
2.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารับรักษา/...../..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล/...../.....
2.2 อาการเจ็บป่วย.....
2.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....
2.4 ท่านเคยได้รับการรักษา/ วินิจฉัยด้วยสาเหตุ/ อาการ/ โรค เดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่อย่างไร.....
ถ้าเคย กรุณาระบุ โรงพยาบาล..... วันที่...../...../..... รักษาโดย การฉายยา การผ่าตัด นัดตรวจเพิ่มเติม
2.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล.....
2.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....
2.6 ได้รับการรักษาโรคโดย การฉายยา การผ่าตัด (ระบุ)..... อื่น ๆ (ระบุ).....

3. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ: เสียชีวิต/ทูพพลภาพอวารสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/การรักษาพยาบาล กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้
3.1 สถานที่เกิดเหตุ วันที่เกิดเหตุ...../...../..... เวลา.....
3.2 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด)
.....
3.3 ชื่อผู้เห็นเหตุการณ์..... ที่อยู่..... โทรศัพท์
3.4 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดแผล
3.5 วิธีการรักษา
3.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา/...../.....
3.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา
3.8 มีการแจ้งความหรือไม่ ไม่มี มี ณ สถานีตำรวจ เมื่อวันที่/...../.....
3.9 วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย
3.10 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ เอ็กซเรย์ ตรวจหัวใจ ตรวจเลือด อื่น ๆ (ระบุ)
3.11 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด)

