



บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) Bangkok Insurance Public Company Limited

25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 Tel. 0 2285 8888
25 Sathon Tai Road, Thung Maha Mek, Sathon, Bangkok 10120 Fax 0 2610 2100

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ค่าชดเชยรายได้ขบวนทางเดินที่ไม่สามารถเดินทางได้ตามปกติ | <input type="checkbox"/> ค่าวัสดุแพทย์ (อุบัติเหตุ) | <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพถาวรสืบเชิง |
| <input type="checkbox"/> ค่าชดเชยการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง | <input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ | <input type="checkbox"/> เสียชีวิต |

1. ชื่อ/สกุล ของผู้อาประกันภัย	เพศ	อายุ	ปี
หมายเลขอับดับประชาชน	วันเดือนปีเกิด	สถานที่เกิดต่อปัจจุบัน	
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร..... โทรศัพท์ที่บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....			
เรียกร้องค่าใช้จ่ายได้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... เลขที่อ้างอิง.....			
2. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามด่อไปนี้			
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> อื่น ๆ			
2.1 ชื่อโรงพยาบาล.....	วันที่เข้ารักษา	วันที่ออกจากโรงพยาบาล	
2.2 อาการเจ็บป่วย.....			
2.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าไหร่ ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....			
2.4 ท่านเคยได้รับการรักษา/วินิจฉัยด้วยสาเหตุ/อาการ/โรค เดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่ย่างไร.....			
2.5 ถ้าเคยกรุณาระบุ โรงพยาบาล..... วันที่...../...../..... รักษาโดย <input type="checkbox"/> การใช้ยา <input type="checkbox"/> การผ่าตัด <input type="checkbox"/> นัดตรวจเพิ่มเติม			
2.6 ได้รับการรักษาโดย <input type="checkbox"/> การใช้ยา <input type="checkbox"/> การผ่าตัด (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....		
3. กรณีที่การรักษาเนื่องจากอุบัติเหตุ: เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวรสืบเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียข้อข้อ/การรักษาแพทย์ กรุณาตอบคำถามด่อไปนี้			
3.1 สถานที่เกิดเหตุ	วันที่เกิดเหตุ	เวลา	
3.2 เหตุเกิดขึ้น ได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด)			
3.3 ชื่อผู้เห็นเหตุการณ์.....	ที่อยู่	โทรศัพท์	
3.4 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดแผล			
3.5 วิธีการรักษา			
3.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา.....	วันที่ทำการรักษา		
3.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา			
3.8 มีการแจ้งความหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ณ สถานีตำรวจนครบาล	เมื่อวันที่		
3.9 วันที่ได้รับการรักษาครั้งสุดท้าย			
3.10 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> เอ็กซเรย์ <input type="checkbox"/> ตรวจหัวใจ <input type="checkbox"/> ตรวจเลือด <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)			
3.11 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด)			



บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) Bangkok Insurance Public Company Limited

25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 Tel. 0 2285 8888
25 Sathon Tai Road, Thung Maha Mek, Sathon, Bangkok 10120 Fax 0 2610 2100

4. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีการตั้งครรภ์หรือไม่ อายุครรภ์ สัปดาห์
5. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น หรือมีประกันร่วมกับบริษัทดื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์
6. ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าลิน ใหม่โดย
<input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใด ๆ เกิดขึ้นให้อีกเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า)
ประเภทบัญชี : <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน ชื่อบัญชี สาขา
ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี.....
*** พร้อมนี้ให้ถ่ายสำเนาสมุดคู่ฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วย ***

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีการบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วย หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลนี้เพื่อเจ็บป่วยทั้งหมดแก่ บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนั้น สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ไว้อ้วนว่ามีผลบังคับได้ตามกฎหมายและสมควรแก้ไขด้วย

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

ความสัมพันธ์ (เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่มีอยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

เอกสารพื้นฐานที่ใช้ประกอบการพิจารณา

- 1. สำเนากรมธรรม์ประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
- 2. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- 3. ใบรายงานทางการแพทย์ ตามแบบฟอร์มของบริษัท
- 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวราชการ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
- 5. สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี ของสำนักงานตำรวจน้ำที่ดำเนินการ / รายงานการตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ ในเลือดจากสถาบันนิติเวช / ผลการตรวจชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)

เอกสารเพิ่มเติมที่ใช้ประกอบการพิจารณา

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ชดเชยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

- สำเนาใบเสร็จรับเงินและใบสรุประยการค่ารักษาพยาบาล

รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ชดเชย

- สำเนาใบเสร็จรับเงินและสำเนาใบอนุญาตและหนังสือรับรองการตาย
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ค่าวัสดุพยาบาล

- ใบเสร็จรับเงินด้านลับ

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ชดเชยโรงพยาบาล

- ผลตรวจชิ้นเนื้อ/ CT scan/ X-Ray/ LAB

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ชดเชย

- ประวัติการรักษาและผลตรวจอื่นๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค

ที่มีสินไหมหมุนบดคดเหตุส่วนบุคคลและสุขภาพ บมจ.กรุงเทพประกันภัย 25 ถ.สาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร 0-2285-8888 โทรสาร 0-2610-2128