



คำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุ

1. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี อาชีพ..... กรมธรรม์เลขที่.....
เลขที่บัตรประชาชน..... เบอร์โทรศัพท์..... อีเมลติดต่อ.....
ที่อยู่ปัจจุบัน..... รหัสไปรษณีย์.....
สถานที่ทำงาน..... รหัสไปรษณีย์.....
กรณีผู้เรียกร้องสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุชื่อผู้ปกครอง..... ความสัมพันธ์.....
ข้าพเจ้า ไม่มีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นๆ
 มีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่นๆ ดังนี้

ชื่อบริษัทประกัน	หมายเลขกรมธรรม์	จำนวนเงินเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าต้องการรับเงินสินไหมทดแทนเป็น เช็คเงินสด
 โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร..... เลขที่บัญชี.....
(กรณีที่ต้องการให้บริษัทฯ โอนเงินค่าสินไหมทดแทนเข้าบัญชีธนาคารที่ระบุ กรุณาแนบสำเนาหน้าบัญชีธนาคารดังกล่าวเข้ามาเพิ่มเติม)

2. รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ

วัน/เดือน/ปี ที่เกิดอุบัติเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....
อุบัติเหตุเกิดขึ้น โดย (โปรดระบุโดยละเอียด).....
.....
มีการแจ้งความหรือไม่ ไม่มี มี แจ้งความเมื่อวัน/เดือน/ปี..... สถานีตำรวจ.....
ลักษณะของบาดแผล อาการ และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....
การบาดเจ็บครั้งนี้ส่งผลให้ข้าพเจ้าต้องไม่สามารถทำงานได้ตั้งแต่วันที่..... ถึง วัน/เดือน/ปี.....
ปัจจุบันข้าพเจ้ามีอาการ.....
ชื่อ-นามสกุลผู้เห็นเหตุการณ์..... อายุ.....ปี เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าเป็น.....

3. รายละเอียดการรักษาพยาบาล

วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....เวลา.....น. วัน/เดือน/ปี ที่ออกจากโรงพยาบาล.....เวลา.....น.
ชื่อโรงพยาบาล..... เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย..... เลขที่ผู้ป่วยใน.....
การวินิจฉัยโรคของการรักษาพยาบาลครั้งนี้ 1)..... 2).....
ข้าพเจ้าได้รับการรักษาโดย ไม่ผ่าตัด ผ่าตัด (ระบุ)..... วัน/เดือน/ปี.....
ก่อนเข้ารับการรักษาข้าพเจ้ามีอาการ.....
รักษาครั้งแรกวัน/เดือน/ปี..... โรงพยาบาล..... การวินิจฉัยโรค.....
รักษาครั้งสุดท้ายวัน/เดือน/ปี..... โรงพยาบาล..... การวินิจฉัยโรค.....
ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ ข้าพเจ้ากำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ไม่มี มี ตั้งครรภ์มาแล้วเป็นเวลา.....เดือน
ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ ประกันสังคม/สิทธิ์บัตรทอง/สิทธิ์ 30 บาท/ข้าราชการอยู่ที่โรงพยาบาล.....

ข้าพเจ้ายินยอมให้ แพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด ต่อบริษัทฯ หรือผู้ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ..... (ผู้เรียกร้องสินไหม/ผู้ให้ความยินยอม)
(.....)
วันที่.....