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 .....

..... ( ) อื่น ๆ .....

2. กรณีการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากความเจ็บป่วย

2.1 อาการเจ็บป่วย .....

2.2 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล .....

2.3 รายละเอียดของการปรึกษาแพทย์	วันที่	ชื่อแพทย์ผู้รักษา	ชื่อสถานพยาบาล
แพทย์คนแรกที่ปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้	.....	.....	.....
แพทย์ที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	.....	.....	.....
แพทย์อื่น ๆ 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 ( ) อื่น ๆ .....

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

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย

(.....) ตัวบรรจง