

คำร้อง เรียกร้องสินไหมทดแทน

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์เลขที่

ชื่อ-นามสกุล	ชื่อ-นามสกุลเดิม (ถ้ามี)	อายุ	ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่	อาคาร	ชั้น	หมู่ ถนน
แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ	จังหวัด	รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์	ต่อ		
อาชีพ	ตำแหน่งหน้าที่การงานครั้งสุดท้าย		
ชื่อสถานที่ทำงานปัจจุบัน	โทรศัพท์	ต่อ	

ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิตหรือประกันภัยกับบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี (โปรดระบุ)

บริษัทประกันภัย	กรมธรรม์เลขที่	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. กรณีมีโรคภัยพิบัติ อุบัติเหตุ ฆาตกรรม อัคคีภัย อื่น ๆ

การเกิดเหตุ	ด้วยสาเหตุ		
โดยมีอาการบาดเจ็บ	เมื่อวันที่ / /		
เวลา น.	เหตุเกิดที่		
ถนน	แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ	จังหวัด
ผู้เอาประกันภัยถึงแก่กรรมที่	<input type="checkbox"/> สถานที่เกิดเหตุ <input type="checkbox"/> โรงพยาบาล <input type="checkbox"/> บ้าน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ		
มีการแจ้งความที่สถานีตำรวจ	เมื่อวันที่ / /		

3. กรณีมีโรคภัยตามธรรมชาติ

ถึงแก่กรรมด้วยโรค	อาการเจ็บป่วย								
เจ็บป่วยมานาน	ปี	เดือน	สถานพยาบาลที่รักษาครั้งสุดท้าย						
วันที่เข้า	/	/	เวลา	น.	วันที่ออก	/	/	เวลา	น.
ชื่อแพทย์ผู้รักษา	สถานพยาบาลที่รักษาอาการดังกล่าวมาก่อน								
วันที่รักษา	/	/							
ผู้เอาประกันภัยได้พูดถึงอาการเจ็บป่วย หรือมีอาการเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรกเมื่อวันที่	/	/							
อาการที่สังเกตเห็น									

4. ผู้รับผลประโยชน์

ชื่อ-นามสกุล	ชื่อ-นามสกุลเดิม (ถ้ามี)	อายุ	ปี		
ปีที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่	อาคาร	ชั้น	หมู่	ถนน
แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ	จังหวัด	รหัสไปรษณีย์		
โทรศัพท์	ต่อ	ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน			
อาชีพ	สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โทรศัพท์			
ท่านเป็นผู้รับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่, โปรดระบุสิทธิ				

หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล คลินิก โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลากรทางการแพทย์อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาผู้เอาประกันภัยที่ปรากฏชื่อข้างต้นมีอำนาจแจ้งถึงการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติการรักษาทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ในสิ่งยา ในสิ่งที่ทำการรักษา สาเนาบันทึกของสถานพยาบาล คลินิก โรงพยาบาลหรือบันทึกทางการแพทย์ ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบ ผลเลือด และการตรวจรักษาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องที่ผ่านมาทั้งหมดของผู้เอาประกันภัยดังกล่าวต่อ บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) และ / หรือตัวแทนของบริษัท โดยให้ถือว่าสำเนารูปถ่ายของคำร้องและหนังสือยินยอมนี้มีผลบังคับได้สมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดครบถ้วนเป็นอย่างดี และตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ..... ทายาทผู้เอาประกัน
(.....) ความสัมพันธ์.....
วันที่...../...../.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้แก่บริษัทถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ และเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดครบถ้วนเป็นอย่างดี และตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์

(.....)

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่รับเอกสาร...../...../.....

ชื่อผู้รับ.....