



บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

177/1 อาคารบางกอกสหประกันภัย ชั้น 8 ถนนสุรวงศ์ แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

โทรศัพท์: 0-2634-7323 โทรสาร: 0-2634-7331

คำร้อง เรียกร้องสินไหมทดแทน

1.ชื่อผู้เอาประกันภัย สูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพ ชดเชยค่ารักษาพยาบาล **กรมธรรม์เลขที่** _____

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

ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิตหรือประกันภัยกับบริษัทอื่นหรือไม่ ไม่มี มี (โปรดระบุ) _____

บริษัทประกันภัย	กรมธรรม์เลขที่	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

2.การเกิดเหตุ (กรณีอุบัติเหตุ/ถูกทำร้ายร่างกาย)

การเกิดเหตุ _____ ด้วยสาเหตุ _____
 ตำแหน่งที่บาดเจ็บ _____ ลักษณะของบาดแผล _____
 เวลา _____ น. เหตุเกิดที่ _____
 ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____
 มีการแจ้งความที่สถานีตำรวจ _____ เมื่อวันที่ ____ / ____ / ____

3.การเจ็บป่วย (กรณีเจ็บป่วย)

อาการเจ็บป่วย _____
 โรคที่รักษา _____
 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ _____ ปี _____ เดือน

4.การรักษาพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาลที่รักษา _____ ชื่อแพทย์ผู้รักษา _____
 การวินิจฉัยของแพทย์ _____
 วันที่เข้ารับรักษา ____ / ____ / ____ เวลา _____ น.
 เคยตรวจรักษามาก่อนที่ _____ เมื่อวันที่ ____ / ____ / ____

5.ค่ารักษาพยาบาล

จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลที่ได้ชำระรวมทั้งสิ้น _____ บาท ใบเสร็จรับเงิน _____ ฉบับ
 ข้าพเจ้าขอสงวนหลักฐานเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน รวมทั้งสิ้น _____ ฉบับ

หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล คลินิก โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาผู้เอาประกันภัยที่ปรากฏชื่อข้างต้นมีอำนาจแจ้งถึงการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติการรักษาทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบสั่งยา ใบสั่งให้ทำการรักษา สาเนาบันทึกของสถานพยาบาล คลินิก โรงพยาบาลหรือบันทึกทางการแพทย์ ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบ ผลเลือด และการตรวจรักษาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องที่ผ่านมาทั้งหมดของผู้เอาประกันภัยดังกล่าวต่อ บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) และ / หรือตัวแทนของบริษัท โดยให้ถือว่าสาเนารูปถ่ายของคำร้องและหนังสือยินยอมนี้มีผลบังคับได้สมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดครบถ้วนเป็นอย่างดี และตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกัน
 (.....)
 วันที่...../...../.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ที่ได้แถลงและสงวนมอบให้แก่บริษัทถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ และเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดครบถ้วนเป็นอย่างดี และตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกัน
 (.....)

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่รับเอกสาร...../...../.....

ชื่อผู้รับ.....