

**แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมอุบัติเหตุ หรือ ค่ารักษาพยาบาล**

ส่วนที่ 1 (Form A)

\*\* โปรดเติมข้อความในช่องว่างทุกแห่งด้วยตัวบรรจง \*\*

- เพื่อรักษาสภาพประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และส่งคืนมายังบริษัทฯ พร้อมแนบใบสรุปรายการค่ารักษา และใบเสร็จของโรงพยาบาลภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาล
- เพื่อความสะดวกรวดเร็ว ในการรับเงินค่าสินไหม ท่านสามารถแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร โดยกรอกแบบฟอร์มหนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร พร้อมแนบสำเนาบัญชีเงินฝากธนาคารที่รับรองสำเนาถูกต้องแล้วกลับมายังบริษัทฯ

เลขที่กรมธรรม์.....  
 ชื่อผู้นำส่ง..... โทรศัพท์..... วันที่นำส่ง.....  
 ชื่อตัวแทน..... รหัส..... โทรศัพท์..... สาขา.....

ผลประโยชน์  AME  AI  PA  HS  HB  WP  DD  PB

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... เลขที่บัตรประชาชน.....  
 วัน เดือน ปี เกิด..... อายุ..... ปี สัญชาติ..... สถานะ:  โสด  สมรส  หย่า  หม้าย เพศ  ชาย  หญิง  
 ที่อยู่ปัจจุบัน..... ชื่อหมู่บ้าน/อาคารชุด..... เลขที่..... หมู่..... ซอย.....  
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail address.....  
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน..... ชื่อหมู่บ้าน/อาคารชุด..... เลขที่..... หมู่..... ซอย.....  
 ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
 โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....  
 บริษัทประกันอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ)..... เลขที่กรมธรรม์ของบริษัทอื่น ๆ.....  
 อาชีพ..... สถานที่ทำงาน และที่อยู่ทำงาน..... หมายเลขโทรศัพท์.....

2. กรณีเจ็บป่วย อากาการเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย.....  
 ระยะเวลาของอาการก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้.....  
 ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้..... วันที่เข้ารับการรักษา.....

3. กรณีอุบัติเหตุ วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ..... น. สถานที่เกิดเหตุ.....  
 โปรดระบุลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด.....  
 ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....  
 วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย..... ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....  
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และทราบดีว่าหากข้อความไม่ตรงต่อความจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจมีผลต่อการเรียกค่าทดแทนอุบัติเหตุ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทฯ ได้

\*\*\*กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์\*\*\*  
 ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย  
 (.....)

ข้าพเจ้าประสงค์จะรับเงินโดย :-  
 เช็ค  ส่งที่อยู่ปัจจุบัน  ส่งให้สาขานำไปบริการ  โอนเงิน เอกสารที่ต้องแนบ : - สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร  
 เลขที่บัญชี..... ธนาคาร..... สาขา.....

**ใบมอบฉันทะ**  
 ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล นายแพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับ การเจ็บป่วย บาดเจ็บ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมาและข้อเท็จจริง เกี่ยวกับการตรวจสอทดสอบผลเลือด และการตรวจรักษาต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคมุมิคุ้มกันบกพร่องหรือมีสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัทฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกันฉบับ  
 ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย  
 (.....)  
 วันที่.....