



บริษัท ทัพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

แบบแจ้งเรียกร้องสินไหมทดแทน

- () ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล () ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ () ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก () เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง () ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง () สูญเสียอวัยวะ () ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว () ค่ารักษา/ทำฟัน

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล

1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย..... เพศ..... อายุ..... ปี..... อาชีพ.....
สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....
เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....
2. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้
() ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ
2.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารับรักษา..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....
2.2 อาการเจ็บป่วย.....
2.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....
2.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล..... แผนกที่เข้ารับการรักษา.....
2.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....
2.6 ได้รับการรักษาโดย () การใช้ยา () การผ่าตัด (ระบุ)..... () อื่นๆ (ระบุ).....
2.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....
3. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราวจากการบาดเจ็บ
กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้
3.1 สถานที่เกิดเหตุ.....
3.2 วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ.....
3.3 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด).....
3.4 ชื่อผู้เห็นเหตุการณ์..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
3.5 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ.....
3.6 มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ..... เมื่อวันที่.....
3.7 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา.....
3.8 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา..... แผนกที่ทำการรักษา..... เลขที่ผู้ป่วยนอก.....
3.9 การวินิจฉัยโรค.....
3.10 วิธีการรักษา.....
3.11 วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย.....
3.12 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....
3.13 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด).....
4. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่.....อายุครรภ์.....สัปดาห์
5. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษายาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขอความขงตนทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ทมบนทก
เรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทัพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนา
ภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้อีกว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ..... ผู้ทำารแทน..... ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย
(.....) (.....)
วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....
ความสัมพันธ์..... (เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)