**บริษัท ทิพยประกันภัย 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.....................................................................................วันที่เข้ารักษา......................................วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....................................

2.2 อาการเจ็บป่วย..............................................................................................................................................................................................................................

2.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.................................................................................................................................

2.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล......................................................................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 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดแผล.........................................................................................................................................................................................

3.6 มีการแจ้งความหรือไม่ ( ) ไม่มี ( ) มี ณ สถานีตำรวจ............................................................................................เมื่อวันที่.......................................................

3.7 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา...........................................................................................................................วันที่ทำการรักษา.........................................

3.8 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา..............................................................แผนกที่ทำการรักษา...............................................เลขที่ป่วยนอก............................................

3.9 การวินิจฉัยโรค………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………..

3.10 วิธีการรักษา.......………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

3.11 วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

3.12 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ ( ) เอ็กซเรย์ ( ) ตรวจหัวใจ ( ) ตรวจโรค ( ) อื่นๆ (ระบุ)…………………………………………………………………………..

3.13 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยระเอียด)...............................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................................................................................................

4. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่.............................................อายุครรภ์........................สัปดาห์

5. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์.....................................................................................................................................................................................................................................................................................

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.................................................. ผู้ทำการแทน ลงชื่อ...................................................... ผู้เอาประกันภัย

(……………………………………………) (......................................................)

วันที่............../............./............ วันที่.............../............../..............

ความสัมพันธ์............................................................... (เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)