



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

() ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล () ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ () ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก () เสียชีวิต
() เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง () ทูพผลกระทบการสิ้นเชิง () สูญเสียอวัยวะ () ทูพผลกระทบสิ้นเชิงชั่วคราว () 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 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล.....แผนกที่เข้ารับการรักษา..... 2.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์..... 2.6 ได้รับการรักษาโดย () การฉีดยา () การผ่าตัด (ระบุ).....() อื่นๆ (ระบุ)..... 2.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....
3. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/ตูพผลกระทบการสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/ตูพผลกระทบสิ้นเชิงชั่วคราวจากการบาดเจ็บ 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.....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. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย ออกร์ สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

(.....)

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

