

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมประกันภัย Covid 19

1.รายละเอียดกรมธรรม์ (policy)

1.1 เลขที่กรมธรรม์ (policy no.)

2.รายละเอียดผู้ประกัน (Insured Person Details)

2.1 ชื่อผู้ประกันภัย (Name of Insured).....

2.2 ที่อยู่ (Address)

โทรศัพท์ (Telephone no.) อีเมล (Email Address)

3.รายละเอียดเหตุการณ์ (Accident / Incident / Loss Details)

3.1 วันที่เกิดเหตุ (Date)...../...../..... เวลา (Time) สถานที่ตรวจรักษา (Place).....

3.2 รายละเอียดเหตุการณ์ (Describe how the Incident occurred)
.....
.....

ความสูญเสียหรือเสียหายในครั้งนี้ ได้รับการชดเชยแล้วหรือไม่ (This loss)

ไม่ได้รับ การชดเชยจากหน่วยงาน (has not been compensated from other companies or other parties)

ได้รับ การชดเชยจากหน่วยงาน (has been compensated from other companies or other parties)

ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด (Please specify the name of the company)เป็นจำนวนเงิน(Amount of compensation)บาท(Baht)

4.การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน(Claim)

4.1 ข้าพเจ้า มีความประสงค์เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็น จำนวนเงิน (Amount Claim)บาท (Baht)

กรณีผู้ประกันภัยเป็นผู้เยาว์ บริษัทฯจะจ่ายผลประโยชน์ให้แก่ บิดา/มารดา

โดยข้าพเจ้าขอให้บริษัทฯจ่ายในนาม.....

In case of the insured in minor the company would make the claim payment to parents. I would like the company make claim payment to.....

5.เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

- | | |
|--|---|
| 5.1 แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน | 5.2 ใบรับรองแพทย์ระบุผลวินิจฉัยโรค และวันที่เข้ารับการวินิจฉัย |
| 5.3 สำเนาเพิ่มประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม | 5.4 หนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยไวรัสโคโรนา (Coronavirus disease (Covid 19) |
| 5.5 สำเนาทะเบียนบ้าน / สำเนาบัตรประชาชน | 5.6 เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทฯ เรียกร้องเพิ่มเติมตามความจำเป็น (ถ้ามี) |

ข้าพเจ้ายินยอมให้นำแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ให้ถือว่ามีความสำคัญเช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายงานความเสียหายข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ หากพบว่าไม่ตรงต่อความเป็นจริงหรือเป็นเท็จ หรือปลอมแปลงเอกสาร หรือบิดเบือนหรือปิดบังความจริงใดๆ บริษัทฯมีสิทธิปฏิเสธสินไหมใดๆ หรือเรียกคืนสินไหมใดๆ คืนจากข้าพเจ้าได้ทันที

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the company or its authorized representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical record, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original. Company have right to refuse or refund any claim from insured if Company found that Statements in this report are not true, fraud, or hide important information.

ลงชื่อ (Sign)

วันที่ (Date)

ผู้แจ้ง (Claimant / ผู้เอาประกันภัย (Insured name)

