



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน  
กรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม

วันที่รับแจ้ง \_\_\_\_\_  
ผู้รับแจ้ง \_\_\_\_\_

เลขที่เคลม \_\_\_\_\_

บริษัท / ห้างร้าน..... เลขที่กรมธรรม์.....  
ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกัน ..... ลำดับที่..... อายุ..... ปี  
ที่อยู่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทร.....  
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

- มีอาการบาดเจ็บ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....
- บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด.....
- ระบุการบาดเจ็บ / บาดแผลที่ได้รับ.....
- เข้ารับการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น.....บาท

**ใบมอบฉันทะให้ปรึกษาแพทย์โรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาล**

ฉันทน ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้แพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจในการให้  
รายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าแก่ บริษัท บางกอกสหประกันภัย จำกัด (มหาชน) อันจะ  
สำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายมือชื่อ ผู้เรียกร้อง วันที่

- หมายเหตุ**
- แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกโดยผู้เอาประกันและแพทย์ผู้ตรวจรักษาเท่านั้น
  - การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนการรักษาพยาบาล **ต้องยื่นต่อบริษัทภายใน 30 วัน**
  - ใบเรียกเก็บเงินและใบเสร็จรับเงิน ต้องแนบรายละเอียดค่าใช้จ่ายมาด้วย
  - จะไม่จ่ายผลประโยชน์ให้ ในรายการตามที่ระบุใน ข้อยกเว้น ในกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุ
  - หมายเลขกรมธรรม์ ชื่อผู้เรียกร้อง ชั้นเรียน การบาดเจ็บ / บาดแผล ต้องระบุให้ชัดเจน

**เอกสารต่างๆ ที่แนบมาด้วย**

- ใบเสร็จรับเงิน จำนวน.....ใบ
- ใบรับรองแพทย์
- อื่นๆ.....

**หนังสือมอบอำนาจ**

ข้าพเจ้า.....ที่อยู่.....ถนน.....

แขวง.....เขต.....จังหวัด.....

ขอมอบอำนาจให้.....ที่อยู่.....ถนน.....

แขวง.....เขต.....จังหวัด.....

เป็นผู้มารับค่าสินไหมทดแทนจำนวน.....บาท ซึ่งจ่ายให้แก่ข้าพเจ้าเนื่องจาก.....

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปในขอบวัตถุประสงค์ของหนังสือมอบอำนาจนี้ให้ถือเสมือนหนึ่งว่า ข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเอง

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ ลงชื่อ.....พยาน

**หมายเหตุ** ข้าพเจ้า.....ผู้เอาประกันได้รับบาดเจ็บ ได้รับเงินค่าสินไหมทดแทน จำนวน.....บาท  
จาก.....ตัวแทน / นายหน้าไว้แล้ว เมื่อวันที่.....