

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
กรณีกรมประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกัน.....เลขที่กรมธรรม์.....อายุ.....ปี
ที่อยู่.....โทร.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

1. มีอาการบาดเจ็บ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....
2. บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด.....
3. ระบุการบาดเจ็บ / บาดแผลที่ได้รับ.....
4. ค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น.....บาท

ใบมอบฉันทะให้ปรึกษาแพทย์โรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาล

ณ ที่นี้ ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้แพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจในการให้รายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าแก่ บริษัท บางกอกสหประกันภัย จำกัด (มหาชน) อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายมือชื่อ ผู้เรียกร้อง วันที่

หมายเหตุ

- 1.แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกโดยผู้เอาประกันและแพทย์ผู้ตรวจรักษาเท่านั้น
- 2.การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนการรักษาพยาบาล ต้องยื่นต่อบริษัทภายใน 30 วัน
- 3.ใบเรียกเก็บเงินและใบเสร็จรับเงิน ต้องแนบรายละเอียดค่าใช้จ่ายมาด้วย
- 4.จะไม่จ่ายผลประโยชน์ให้ ในรายการตามที่ระบุใน ข้อยกเว้น ในกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุ
- 5.หมายเลขกรมธรรม์ ชื่อผู้เรียกร้อง ชั้นเรียน การบาดเจ็บ / บาดแผล ต้องระบุให้ชัดเจน

เอกสารต่างๆ ที่แนบมาด้วย

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

หนังสือมอบอำนาจ

ข้าพเจ้า.....ที่อยู่.....ถนน.....
แขวง.....เขต.....จังหวัด.....
มอบอำนาจให้.....ที่อยู่.....ถนน.....
แขวง.....เขต.....จังหวัด.....
เป็นผู้มารับค่าสินไหมทดแทนจำนวน.....บาท ซึ่งจ่ายให้แก่ข้าพเจ้าเนื่องจาก.....

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปนอกวัตถุประสงค์ของหนังสือมอบอำนาจนี้ให้ถือเสมือนหนึ่งว่า ข้าพเจ้าได้กระทำไปด้วยตนเอง

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

หมายเหตุ ข้าพเจ้า.....ผู้เอาประกัน/ได้รับบาดเจ็บ ได้รับเงินค่าสินไหมทดแทน จำนวน.....บาท
จาก.....ตัวแทน / นายหน้าไว้แล้ว เมื่อวันที่.....