

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย..... เพศ ชาย หญิง เลขประจำตัวประชาชน : ..... โทรศัพท์.....  
 อีเมล..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
 กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อนายจ้าง (บริษัท,องค์กร).....  
 ชื่อตัวแทน/บริษัทนายหน้า..... รหัสตัวแทน..... โทรศัพท์..... อีเมล.....

ส่งเรียกร้องสินไหมครั้งแรก  ส่งเอกสารเพิ่มเติมที่บริษัทแจ้ง  ส่งเอกสารเพิ่มเติมให้พิจารณาใหม่

กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  หน้ารายชื่อเอกสารที่ได้มีการนำส่งเท่านั้น  
 เอกสารที่ต้องยื่นเพื่อประกอบการเรียกร้องสินไหมแต่ละประเภท มีดังนี้

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมกรณีเรียกร้องทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ		จำนวน /ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/>	1	ใบนำส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมที่มีใช้การมรณกรรม (ทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ/โรคร้ายแรง/มะเร็ง)	
<input type="checkbox"/>	2	แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ ซึ่งกรอกโดยแพทย์ผู้รักษา	
<input type="checkbox"/>	3	แบบฟอร์มใบแสดงความเห็นของจักษุแพทย์ ซึ่งกรอกโดยแพทย์ผู้รักษา	
<input type="checkbox"/>	4	รูปถ่ายตำแหน่งที่สูญเสียอวัยวะ	
<input type="checkbox"/>	5	สำเนาบันทึกประจำวันจากตำรวจ ที่ระบุวันเวลาเกิดอุบัติเหตุ รับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีอุบัติเหตุ)	
<input type="checkbox"/>	6	รายงานสรุปบันทึกประจำวันและรายงานสรุปสำนวนคดี รับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีอุบัติเหตุ)	
<input type="checkbox"/>	7	ประวัติการรักษาที่เกี่ยวกับอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยในครั้งนี้อย่างครบถ้วนทุกสถานพยาบาล	
<input type="checkbox"/>	8	ภาพถ่ายผู้เอาประกันภัยคู่กับบัตรประจำตัวประชาชน	
<input type="checkbox"/>	9	หนังสือให้คำยินยอมกรณีเรียกร้องสินไหมที่มีใช้การมรณกรรม	
<input type="checkbox"/>	10	หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด	
<input type="checkbox"/>	11	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด	
<input type="checkbox"/>	12	อื่นๆ	
เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมกรณีโรคร้ายแรง		จำนวน /ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/>	1	ใบนำส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมที่มีใช้การมรณกรรม (ทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ/โรคร้ายแรง/มะเร็ง)	
<input type="checkbox"/>	2	แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมโรคร้ายแรง/มะเร็ง	
<input type="checkbox"/>	3	แบบฟอร์มใบแสดงความเห็นแพทย์กรณีโรคมะเร็ง ซึ่งกรอกโดยแพทย์ผู้รักษา	
<input type="checkbox"/>	4	แบบฟอร์มใบแสดงความเห็นแพทย์กรณีโรคร้ายแรง ซึ่งกรอกโดยแพทย์ผู้รักษา	
<input type="checkbox"/>	5	สำเนาบันทึกประจำวันจากตำรวจ ที่ระบุวันเวลาเกิดอุบัติเหตุ รับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีอุบัติเหตุ)	
<input type="checkbox"/>	6	รายงานสรุปบันทึกประจำวันและรายงานสรุปสำนวนคดี รับรองสำเนาถูกต้อง (กรณีอุบัติเหตุ)	
<input type="checkbox"/>	7	ประวัติการรักษาที่เกี่ยวกับอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยในครั้งนี้อย่างครบถ้วนทุกสถานพยาบาล	
<input type="checkbox"/>	8	ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา(ผลชิ้นเนื้อ)หรือผลการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า(MRI)หรือผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์(CT Scan)	
<input type="checkbox"/>	9	ภาพถ่ายผู้เอาประกันภัยคู่กับบัตรประจำตัวประชาชน	
<input type="checkbox"/>	10	หนังสือให้คำยินยอมกรณีเรียกร้องสินไหมที่มีใช้การมรณกรรม	
<input type="checkbox"/>	11	หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด	
<input type="checkbox"/>	12	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด	
<input type="checkbox"/>	13	อื่นๆ	

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย ..... วันที่.....

ลงชื่อผู้ส่งเอกสาร ..... วันที่ส่งเอกสาร.....

**สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ**

ตรวจสอบเอกสารโดย.....วันที่.....  ครบ  ไม่ครบ

หมายเหตุ.....

บริษัทฯจะดำเนินการพิจารณาการชดเชยเงินสินไหมทดแทนภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทฯได้รับเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมครบถ้วน ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริการชดเชยสินไหมทดแทนไม่เป็นไปตามเงื่อนไขความคุ้มครอง บริษัทฯอาจจะขยายระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามความจำเป็น และผู้เอาประกันภัย, ทายาทหรือผู้รับประโยชน์ต้องให้ข้อเท็จจริงแก่บริษัทฯ ทั้งนี้บริษัทฯจะใช้เวลาและแจ้งผลให้ทราบภายในกำหนด 90 วันนับจากวันที่บริษัทฯได้รับเอกสารประกอบครบถ้วนแล้ว

Group Insurance