

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

สำหรับผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ)

1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย..... เพศ..... อายุ.....ปี อาชีพ..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... โทรศัพท์ อีเมล เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ ชื่อโรงพยาบาล วันที่เข้ารับรักษา วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....
2. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ) () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ..... 2.1 อาการเจ็บป่วย..... 2.2 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล..... 2.3 ท่านเคยเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยนี้จากสถานพยาบาลอื่นๆ หรือไม่ () ไม่มี () มี กรุณาระบุชื่อโรงพยาบาล.....
3. กรณีอุบัติเหตุ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ) () เสียชีวิต () สูญเสียอวัยวะ สายตา () ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง () ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ 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
4. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุ ชื่อสถาบันหรือบริษัท เลขที่กรมธรรม์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ชิกน่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลายมือชื่อ.....ผู้ทำการแทน
 (.....)
 วันที่...../...../.....
 ความสัมพันธ์.....

ลายมือชื่อ.....ผู้เอาประกัน
 (.....)
 วันที่...../...../.....

กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและลงลายมือชื่อด้านหลัง

ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย

โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า)

ประเภทบัญชี : ออมทรัพย์ (เท่านั้น)

ชื่อธนาคาร สาขา

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

**** พร้อมกันนี้ กรุณาลำเนาสมุดผู้ฝากธนาคาร และรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วยทุกครั้ง ****

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณา

การเรียกร้องค่าสินไหมกรณีทั่วไป

- ☐ ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา ตามแบบฟอร์มของบริษัท
- ☐ ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาล
- ☐ สำเนาสมุดคู่ฝากธนาคารออมทรัพย์ของผู้เอาประกันภัย (เท่านั้น)
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน หรือ สำเนาสูติบัตร กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี และรับรองสำเนาถูกต้อง

การเรียกร้องค่าสินไหมกรณีเสียชีวิต

- ☐ สำเนาใบมรณบัตรรับรองโดยนายทะเบียนท้องถิ่น
- ☐ สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออกรายงาน
- ☐ สำเนาบันทกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ “ตาย” ของผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

หมายเหตุ: 1. บริษัทจะพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนเฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกัน/ผู้รับผลประโยชน์/ผู้แทนแนบเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วนแล้วเท่านั้น
2. การจ่ายค่าสินไหมทดแทนจะเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์

กรณีเสียชีวิต - ผู้รับประโยชน์กรุณาลงลายมือชื่อให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ลายมือชื่อ.....ผู้รับผลประโยชน์ คนที่ 1

(.....)

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ์.....

ลายมือชื่อ.....ผู้รับผลประโยชน์ คนที่ 2

(.....)

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ์.....

ลายมือชื่อ.....ผู้รับผลประโยชน์ คนที่ 3

(.....)

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ์.....

**** กรุณานำส่งเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนผ่านช่องทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ด้านล่าง ****



บริษัท ชิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ตู้ ปณ.111 ปณศ.รองเมือง กรุงเทพฯ 10330