



# บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) Bangkok Insurance Public Company Limited

25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 Tel. 0 2285 8888  
25 Sathon Tai Road, Thung Maha Mek, Sathon, Bangkok 10120 Fax 0 2610 2100

- ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล       ค่ารักษาพยาบาล (อุบัติเหตุ)       ทูพพลภาพวารสิ้นเชิง
- ค่าชดเชยการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง       สูญเสียอวัยวะ       เสียชีวิต

1. ชื่อ/สกุล ของผู้เอาประกันภัย ..... เพศ ..... อายุ ..... ปี  
หมายเลขบัตรประชาชน ..... วันเดือนปีเกิด...../...../..... สถานะที่ติดต่อบริษัท.....  
.....  
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร..... โทรศัพท์ที่บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....  
เรือกรรงสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....เลขที่อ้างอิง.....

2. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้       ผู้ป่วยนอก    ผู้ป่วยใน    ICU    อื่น ๆ

2.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารักษา ...../...../..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล ...../...../.....  
2.2 อาการเจ็บป่วย.....  
2.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....  
2.4 ท่านเคยได้รับการรักษา/ วินิจฉัยด้วยสาเหตุ/ อาการ/ โรค เดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่อย่างไร.....  
ถ้าเคยกรุณาระบุ โรงพยาบาล.....วันที่...../...../.....รักษาโดย  การฉายยา  การผ่าตัด  นัดตรวจเพิ่มเติม  
2.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล.....  
2.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....  
2.6 ได้รับการรักษาโรคโดย  การฉายยา  การผ่าตัด (ระบุ).....  อื่น ๆ (ระบุ).....

3. กรณีที่ได้รับการรักษา มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ: เสียชีวิต/ทูพพลภาพวารสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/การรักษาพยาบาล กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

3.1 สถานที่เกิดเหตุ ..... วันที่เกิดเหตุ...../...../..... เวลา.....  
3.2 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด) .....  
.....  
3.3 ชื่อผู้เห็นเหตุการณ์..... ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....  
3.4 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดแผล .....  
3.5 วิธีการรักษา .....  
3.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา ...../...../.....  
3.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา .....  
3.8 มีการแจ้งความหรือไม่  ไม่มี  มี ณ สถานีตำรวจ ..... เมื่อวันที่ ...../...../.....  
3.9 วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย .....  
3.10 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่  เอ็กซเรย์  ตรวจหัวใจ  ตรวจเลือด  อื่น ๆ (ระบุ) .....  
3.11 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด) .....  
.....

สท-4-711-56

โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมด้านหลัง >>

ทีมสินไหมอุบัติเหตุส่วนบุคคลและสุขภาพ บมจ.กรุงเทพประกันภัย 25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร 0-2285-8888 โทรสาร 0-2610-2128



# บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) Bangkok Insurance Public Company Limited

25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 Tel. 0 2285 8888  
25 Sathon Tai Road, Thung Maha Mek, Sathon, Bangkok 10120 Fax 0 2610 2100

4. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีการตั้งครรภ์หรือไม่ ..... อายุครรภ์ ..... สัปดาห์
5. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น หรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์ .....
6. ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย <input type="checkbox"/> เช็ก <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใด ๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า) ประเภทบัญชี : <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน ชื่อธนาคาร ..... สาขา .....
ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี .....
*** พร้อมนี้ให้ถ่ายสำเนาสมุดคู่ฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วย ***

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีการบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วย หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าผมบังคับได้ตามกฎหมายและสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ ..... ผู้ทำการแทน      ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย  
(.....)      (.....)  
วันที่ ...../...../.....      วันที่...../...../.....  
ความสัมพันธ์..... (เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

### เอกสารพื้นฐานที่ใช้ประกอบการพิจารณา

- 1. สำเนากรมธรรม์ประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้อง โดยผู้เอาประกันภัย
- 2. แบบฟอร์มเรียกเรื่องค่าสินไหมทดแทน
- 3. ใบรายงานทางการแพทย์ ตามแบบฟอร์มของบริษัท
- 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวข้าราชการ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
- 5. สำเนาทะเบียนประจำวันเกี่ยวกับคดี ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ / รายงานการตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดจากสถาบันนิติเวช / ผลการตรวจชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)

### เอกสารเพิ่มเติมที่ใช้ประกอบการพิจารณา

- |   |   |
|---|---|
| กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ชดเชยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล   | กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล   |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบเสร็จรับเงินและใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล<br>รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ                                |
| กรณีเรียกร้องผลประโยชน์การเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ  | กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ชดเชยโรคร้ายแรง  |
| <input type="checkbox"/> สำเนาใบชันสูตรพลิกศพและสำเนาใบมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตาย                                     | <input type="checkbox"/> ผลตรวจชิ้นเนื้อ/ CT scan/ X-Ray/ LAB                 |
| <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์   | <input type="checkbox"/> ประวัติการรักษาและผลตรวจอื่นๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค |

☎ **ทีมสนับสนุนอุบัติเหตุส่วนบุคคลและสุขภาพ บมจ.กรุงเทพประกันภัย 25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120**

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร 0-2285-8888 โทรสาร 0-2610-2128