



**แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน**

- ( ) ค่ารักษาพยาบาล ( ) ค่ารักษาทันตกรรม ( ) ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล  
( ) เสียชีวิต ( ) เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ( ) ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ( ) สูญเสียอวัยวะ ( ) ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว ( ) อื่นๆ.....

**ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล**

<p>1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน ..... เพศ..... อายุ..... ปี..... อาชีพ.....          สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....          เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....</p>
<p>2. กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดธนาคารมาพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน)          โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... สาขา.....          ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....</p>
<p>3. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ ( ) ผู้ป่วยนอก ( ) ผู้ป่วยใน ( ) ICU ( ) อื่นๆ          3.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารักษา..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....          3.2 อาการเจ็บป่วย.....          3.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....          3.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล..... แผนกที่เข้ารับการรักษา.....          3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....          3.6 ได้รับการรักษาโดย ( ) การฉีดยา ( ) การผ่าตัด (ระบุ)..... ( ) อื่นๆ (ระบุ).....          3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ ( ) เอ็กซเรย์ ( ) ตรวจหัวใจ ( ) ตรวจโรค ( ) อื่นๆ (ระบุ).....</p>
<p>4. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราวจากการบาดเจ็บ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้          4.1 สถานที่เกิดเหตุ.....          4.2 วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ.....          4.3 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด).....          4.4 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ.....          4.5 มีการแจ้งความหรือไม่ ( ) ไม่มี ( ) มี ณ สถานีตำรวจ..... เมื่อวันที่.....          4.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา.....          4.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา..... แผนกที่ทำการรักษา..... เลขที่ผู้ป่วยนอก.....          4.8 วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย.....          4.9 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ ( ) เอ็กซเรย์ ( ) ตรวจหัวใจ ( ) ตรวจโรค ( ) อื่นๆ (ระบุ).....          4.10 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด).....</p>
<p>5. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่..... อายุครรภ์..... สัปดาห์</p>
<p>6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์</p>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย หนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

(.....)

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ์.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

