



แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ)

<p>1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย..... เพศ..... อายุ.....ปี อาชีพ..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....อีเมล์..... เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารับรักษา..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....</p>
<p>2. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ) () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ..... 2.1 อาการเจ็บป่วย..... 2.2 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล..... 2.3 ท่านเคยเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยนี้จากสถานพยาบาลอื่นๆ หรือไม่ () ไม่มี () มี กรุณาระบุชื่อโรงพยาบาล.....</p>
<p>3. กรณีอุบัติเหตุ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ) () เสียชีวิต () สูญเสียอวัยวะ สายตา () ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง () ชดเชยรายได้จากการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ () ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ 3.1 สถานที่เกิดเหตุ..... 3.2 วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ..... 3.3 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุนรายละเอียด)..... 3.4 ชื่อผู้เห็นเหตุการณ์..... ที่อยู่..... โทรศัพท์..... 3.5 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดแผล..... 3.6 มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ..... เมื่อวันที่.....</p>
<p>4. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุ ชื่อสถาบันหรือบริษัท..... เลขที่กรมธรรม์.....</p>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท คัมภีร์โตเกียวมารีนประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ..... ผู้ทำการแทน..... ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย.....
(.....)
(.....)

วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ์.....

ติดต่อฝ่ายสินไหมทดแทน เวลาทำการ จันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30-16.45 น. โทร 02-2578000 ต่อ 8060,8065,8058 แฟกซ์ 02-6556982
นอกเวลาทำการ หรือวันเสาร์-อาทิตย์ ติดต่อศูนย์รับแจ้ง ตลอด 24 ชั่วโมง โทร 02-2578080 E-mail: personalclaim@tokiomarinesafety.co.th