

หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร

วันที่รับแจ้ง..... เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่.....

กรณีที่เกิดเจ็บจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อ ก และข้อ ข / กรณีเจ็บป่วยกรุณาตอบข้อ ก และ ข้อ ค

ก) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุ และเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกัน.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

ที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ.....

2. ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา.....

วันที่รับการรักษา..... ชื่อแพทย์ผู้รักษา.....

การวินิจฉัยของแพทย์.....

การรักษาเป็นแบบ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านหรือมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุโรค.....

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่ไหนมาก่อนหรือไม่.....ที่ไหน.....

5. ท่านมีประกันกับบริษัทประกันภัยอื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรใดหรือไม่ ถ้ามี (โปรดระบุ)

ชื่อ..... เลขที่กรมธรรม์.....

ข) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนการขาดเงินจากอุบัติเหตุ / ทำร้ายร่างกาย

1. วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... น. สถานที่เกิดเหตุ.....

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดระบุโดยละเอียด)..... ชื่อ/

ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....

อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ..... ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล.....

3. มีการแจ้งความหรือไม่..... วันที่..... สถานที่แจ้งความ.....

ค) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1. สาเหตุของการเจ็บป่วย(ระบุอาการและชื่อโรค).....

2. อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้.....

ข้าพเจ้าขอให้รับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าละเว้นมิได้เปิดเผยให้

บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทราบ

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์กรสถาบัน หรือบุคคลอื่นใด ที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน

เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ตลอดจนการตรวจรักษาทั้งหมดให้แก่ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้

ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้ และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย/ ผู้แทน โดยชอบธรรม

(.....)

วันที่.....