



**หนึ่งในพันธมิตรของธนาคารออมสิน**

**แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน**

วันที่รับแจ้ง.....

ค่าทดแทนอุบัติเหตุ  ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม  ค่าชดเชยรายวัน  อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่ .....

วิธีการรับเงินสินไหม  เช็ค  โอนเงิน ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....ธนาคาร.....สาขา.....

กรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อ ก และ ข้อ ข /กรณีเจ็บป่วยกรุณาตอบข้อ ก และ ข้อ ค

ก) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย .....อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน .....ที่อยู่ปัจจุบัน  
.....โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล ..... ที่ทำงาน.....

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ.....

2. ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา..... วันที่รับการรักษา..... ชื่อแพทย์ผู้รักษา.....  
การวินิจฉัยของแพทย์..... การรักษาเป็นแบบ  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้น่าจะมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุโรค.....

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้น่าเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่..... ถ้ามี (โปรดระบุ) .....

5. ท่านมีประกันกับบริษัทประกันภัยอื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรใดหรือไม่ถ้ามี (โปรดระบุ) ชื่อบริษัท ..... เลขที่กรมธรรม์.....

ข) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ ทำร้ายร่างกาย

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

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดระบุโดยละเอียด) ..... อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....

ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล..... ชื่อ/ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์.....

3. มีการแจ้งความหรือไม่ ..... ถ้ามี (ระบุ) วันที่ ..... สถานที่แจ้งความ .....

ค) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1.สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค) .....

2.อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ .....

**หนังสือให้ความยินยอม**

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งหรือครั้งที่ผ่านมามีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยหนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม      ลงชื่อ ..... พยาน      ลงชื่อ ..... พยาน  
(.....)      (.....)      (.....)

หมายเหตุ : \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์      ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์ .....

\*\* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบทั้ง 2 ท่าน      (.....)

วันที่ .....