บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)
Bangkok Insurance Public Company Limited

แบบฟอร์มการเรียกร้องเงินโดยตัวแทน

☐ ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ☐ ค่ารักษาพยาบาล ☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

☐ ค่าชดเชยการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ☐ สูญเสียอวัยวะ ☐ เสียชีวิต

BKI

1. ชื่อ/สกุล ของผู้เอาประกันภัย ..... เพศ ..... อายุ ..... ปี

หมายเลขบัตรประชาชน .....วันเดือนปีเกิด...../...../..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....โทรศัพท์ที่บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

เรื่องร้องเรียนอยู่ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....แผนที่อ้างอิง.....

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 ☐ การใช้ยา ☐ การผ่าตัด ☐ตัดตรวจเพิ่มเติม

2.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล.....

2.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....

2.6 ได้รับการรักษาโรคโดย ☐ การใช้ยา ☐ การผ่าตัด (ระบุ)..... ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

3. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ: เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/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) .....

.....

โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมด้านหลัง >>

ยื่นเงินโดยอุบัติเหตุช่วนบุคคลและชุดลาภ บมจ.กรุงเทพประกันภัย 25 ถ.สาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

ติดต่อขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร 0-2285-8423, 0-2285-8432, 0-2285-8434-8, 0-2285-8441, 0-2285-8445-6 โทรสาร 0-2610-2129

บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)
Bangkok Insurance Public Company Limited

4. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีการตั้งครรภ์หรือไม่ ..... อายุครรภ์ ..... สัปดาห์

5. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น หรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์ .....

6. ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย

☐ เช็ค ☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใด ๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า)

ประเภทบัญชี : ☐ ออมทรัพย์ ☐ กระแสรายวัน ชื่อธนาคาร ..... สาขา .....

ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี.....

*** พร้อมนี้ให้ถ่ายสำเนาสมุดคู่ฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วย ***

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

ลงชื่อ ..... ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย

(.....) (.....)

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

ความสัมพันธ์..... (เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

เอกสารพื้นฐานที่ใช้ประกอบการพิจารณา

☐ 1. สำเนาบัตรประกัน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย

☐ 2. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

☐ 3. ใบรายงานทางการแพทย์ ตามแบบฟอร์มของบริษัท

☐ 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวข้าราชการ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย

☐ 5. สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ รับรองสำเนาถูกต้อง โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ / รายงานการตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ ในเลือดจากสถาบันนิติเวช / ผลการตรวจชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)

เอกสารเพิ่มเติมที่ใช้ประกอบการพิจารณา

<u>กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ชดเชยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</u>

☐ สำเนาใบเสร็จรับเงินและใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

<u>กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล</u>

☐ ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ

<u>กรณีเรียกร้องผลประโยชน์การเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ</u>

☐ สำเนาใบชันสูตรพลิกศพและสำเนาใบมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย

☐ สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์

<u>กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ชดเชยโรคร้ายแรง</u>

☐ ผลตรวจชิ้นเนื้อ/ CT scan / X-Ray/ LAB

☐ ประวัติการรักษาและผลตรวจอื่นๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค