



แบบเรียกกริ่งคำสินไหมทดแทนชีวิตและร่างกาย (Non-motor)

ชื่อผู้เอาประกันภัย		เพศ	อายุ	ปี	กรมธรรม์หมายเลข/POL/.....
ที่อยู่					โทรศัพท์
อาชีพ			โทรศัพท์ที่ทำงาน		
วันที่เกิดเหตุ และเวลา	สถานที่เกิดเหตุ			วัน/เวลา ที่เข้ารับการรักษา	
สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา :					
บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด พร้อมระบุอาการบาดเจ็บที่ได้รับ (โปรดระบุ)					
ท่านประสงค์เบิกค่าสินไหมทดแทนกรณี			จำนวนเงิน.....บาท (.....)		
<input type="radio"/> ค่ารักษาพยาบาล <input type="radio"/> ค่าชดเชยวันนอน โรงพยาบาล.....วัน <input type="radio"/> ค่าชดเชยกรณีทุพพลภาพ <input type="radio"/> ค่าปลงศพ <input type="radio"/> ค่าสินไหมทดแทนกรณีเสียชีวิต			ประสงค์รับเงินค่าสินไหมทดแทน โดย <input type="radio"/> รับเงินสด <input type="radio"/> โอนเข้าบัญชี ธนาคาร.....สาขา..... เลขที่บัญชี..... <input type="radio"/> เช็คในนาม.....		
ท่านมีการเรียกกริ่งคำสินไหมมาจากหน่วยงานอื่นเนื่องจากการบาดเจ็บคราวนี้ด้วยหรือไม่ ?				ถ้ามีโปรดระบุ ชื่อหน่วยงาน / บริษัทประกันภัย	
<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่					
ลงนาม ลงลายมือชื่อผู้เรียกกริ่งคำสินไหมทดแทน / ผู้รับผลประโยชน์ วันที่/...../.....					
หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา ข้าพเจ้ามอบอำนาจให้ โรงพยาบาลนายแพทย์หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจ ถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ไบสังยา หรือการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือการแพทย์ของข้าพเจ้าได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ ลงนาม..... ผู้เรียกค่าสินไหมทดแทน / ผู้รับผลประโยชน์					