



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุ

- () ค่ารักษาพยาบาล () เสียชีวิต () สูญเสียอวัยวะ
() ทูพผลภาพถาวรสิ้นเชิง () อื่นๆ.....

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง ช่องใดไม่มีให้ขีด (-) ในช่องว่างที่ให้กรอกข้อมูล

<p>1. สำหรับผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์หรือทายาทโดยธรรมกรอกข้อมูลเรียกร้องสินไหมทดแทน</p> <p>1. ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย ผู้สูญเสียหรือบาดเจ็บ.....</p> <p>อาชีพ..... ตำแหน่ง..... อายุ..... ปี</p> <p>ที่อยู่..... เบอร์โทร.....</p> <p>กรมธรรม์เลขที่..... ระยะเวลาคุ้มครอง.....</p> <p>วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... ที่เกิดเหตุ.....</p> <p>รายละเอียดการเกิดเหตุ.....</p>
<p>2. กรณีบาดเจ็บ () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ.....</p> <p>โรงพยาบาลที่รักษา..... วันที่เข้า..... วันที่ออก.....</p> <p>ลักษณะอาการเจ็บป่วย..... ตั้งแต่วันที่.....</p> <p>แพทย์ผู้ทำการรักษาการเจ็บป่วย..... ผลวินิจฉัยการเจ็บป่วยของแพทย์.....</p> <p>ได้รับการรักษาโดย () การให้ยา () การผ่าตัด (ระบุ)..... () อื่นๆ.....</p>
<p>3. กรณีการเสียชีวิต/สูญเสียอวัยวะ/ทูพผลภาพถาวรสิ้นเชิงอันมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ</p> <p>โรงพยาบาลที่รักษา..... วันที่เข้า..... วันที่ออก.....</p> <p>แพทย์ผู้ทำการรักษา..... แผนก.....</p> <p>เลขที่ผู้ป่วย () ผู้ป่วยนอก..... () ผู้ป่วยใน.....</p> <p>อวัยวะที่บาดเจ็บ..... ลักษณะบาดเจ็บ.....</p> <p>มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี สถานีตำรวจ..... ลงวันที่.....</p>
<p>4. ท่านมีสวัสดิการการรักษาพยาบาล/ ประกันภัยอุบัติเหตุ/สุขภาพกับหน่วยงานหรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ โปรดระบุ หน่วยงาน/บริษัท..... เลขที่กรมธรรม์.....</p>

การกรอกข้อมูลอันเป็นเท็จหรือปกปิดข้อมูลและสาเหตุการเจ็บป่วยหรือสูญเสียเพื่อประโยชน์ในค่าสินไหมทดแทนแก่ตนเองหรือผู้อื่นโดยทุจริต ผู้เอาประกันภัย, ทายาทโดยธรรมหรือผู้รับประโยชน์ ในค่าสินไหมทดแทนอาจมีความรับผิดชอบตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดซึ่งทำการรักษา มีบันทึกหรือทราบประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ผู้สูญเสียหรือบาดเจ็บ มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ใบสั่งยา การให้คำปรึกษาหรือการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาล รวมทั้งข้อมูลอื่นๆต่อ บริษัท เจพี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้โดยเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเอง อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น () ผู้เอาประกันภัย
(.....) () ผู้รับประโยชน์
วันที่..... () ทายาทโดยธรรม ซึ่งเป็น.....

