



โปรดกรอรายละเอียดให้ครบถ้วน

☐ VIP CUSTOMER

[illegible]

ชื่อตัวแทน รหัสตัวแทน เบอร์มือถือ

☐ ส่งเรียกร้องสินไหมครั้งแรก ☐ ส่งเอกสารเพิ่มเติมตามที่บริษัทแจ้ง ☐ ส่งเอกสารเพิ่มเติมให้พิจารณาใหม่ ☐ ส่งบันทึกความรับผิดชอบส่วนแรก

ประเภทการเรียกร้องสินไหม		เอกสารที่นำส่ง โปรดเรียงลำดับดังนี้	
☐ อุบัติเหตุ (โปรดระบุ)	☐ ผู้ป่วยใน IPD	☐ แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน.....หน้า	
	☐ ผู้ป่วยนอก OPD ที่คลินิก	☐ ใบเสร็จต้นฉบับ.....หน้า	
	☐ ผู้ป่วยนอก OPD ที่โรงพยาบาล	☐ สำเนาใบเสร็จ.....หน้า	
☐ เจ็บป่วย (โปรดระบุ)	☐ ผู้ป่วยใน IPD	☐ ใบสรุปค่าใช้จ่าย.....หน้า	
	☐ Day Case	☐ ใบรับรองแพทย์.....หน้า	
	☐ ผู้ป่วยนอก OPD	☐ ใบมอบอำนาจและ / สำเนาบัตรประชาชน.....หน้า	
☐ เคลมต่างประเทศ		☐ กรมธรรม์.....หน้า	
☐ บันทึกความรับผิดชอบส่วนแรก (Deductible Record)		☐ फिल्म X-Ray / CD.....หน้า	
☐ ค่ารักษา และ/หรือ นอนโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิต		☐ สำเนาพาสปอร์ตหน้าแรกพร้อมหน้าประทับตราการเดินทาง.....หน้า	
☐ โรคภัยแรง		☐ จดหมาย.....หน้า	
☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / ยกเว้นเบี่ยงประกันภัย		☐ ประวัติการรักษา.....หน้า	
☐ สูญเสียอวัยวะ		☐ สำเนาผลตรวจชิ้นเนื้อพยาธิวิทยา.....หน้า	
☐ อายุ์เช็คสินไหม, เปลี่ยนเช็คสินไหม		☐ เช็ค.....หน้า	
☐ อื่นๆ(โปรดระบุ).....		☐ หนังสือแจ้งจ่ายสินไหมกรณีมีประกันร่วม หรือเบิกสวัสดิการอื่น.....หน้า	
		☐ แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน.....หน้า	
		☐ แบบฟอร์มขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร/บัญชีพร้อมเพย์หน้า	
		☐ สำเนาหน้าสมุดบัญชีออมทรัพย์ / กระแสรายวัน.....หน้า	
		(เพื่อขอรับผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร)	
☐ ขอเอกสารเรียกร้องสินไหมคืน		☐ สำเนาบัตรประชาชนที่มีบัญชีพร้อมเพย์.....หน้า	
		☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....	

เอกสารที่จำเป็นแต่ละประเภทQR



สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท	☐ Walk-In	☐ Mailing	 C41500
ตรวจสอบเอกสารโดย.....	☐ ครบ	☐ ไม่ครบ	
ลูกค้าระบุสถานที่รับ Cheque ที่ ☐ CSC	☐ Mail	☐ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ	