



โปรดกรอรายละเอียดให้ครบถ้วน

VIP CUSTOMER

กรรมธรรม์เลขที่	T -									U -									
PA เดี่ยว	P -									M -									
PA กลุ่ม	P -	0	1	9	7	2	7	4	2	6	ประกันกลุ่ม (ถ้ามี)								
ลำดับที่										ใบรับรองเลขที่									

ชื่อตัวแทน รหัสตัวแทน เบอร์มือถือ

☐ ส่งเรียกร้องสินไหมครั้งแรก ☐ ส่งเอกสารเพิ่มเติมตามที่บริษัทแจ้ง ☐ ส่งเอกสารเพิ่มเติมให้พิจารณาใหม่ ☐ ส่งบันทึกความรับผิดชอบส่วนแรก

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

เอกสารที่จำเป็นแต่ละประเภทQR



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