



แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทน

- ☐ ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ☐ ค่ารักษาพยาบาล ☐ ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
☐ ค่าชดเชยการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ☐ สูญเสียอวัยวะ ☐ เสียชีวิต

BKI

1. ชื่อ/สกุล ของผู้เอาประกันภัย เพศ อายุ ปี
หมายเลขบัตรประชาชน วันเดือนปีเกิด...../...../..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....
.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร..... โทรศัพท์ที่บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....เลขที่อ้างอิง.....

2. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน ☐ ICU ☐ อื่น ๆ
2.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารับรักษา/...../..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล/...../.....
2.2 อาการเจ็บป่วย.....
2.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....
2.4 ท่านเคยได้รับการรักษา/ วินิจฉัยด้วยสาเหตุ/ อาการ/ โรค เดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่อย่างไร.....
ถ้าเคย กรุณาระบุ โรงพยาบาล.....วันที่...../...../.....รักษาโดย ☐ การใช้ยา ☐ การผ่าตัด ☐ นัดตรวจเพิ่มเติม
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 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ
3.5 วิธีการรักษา
3.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา/...../.....
3.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา
3.8 มีการแจ้งความหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ณ สถานีตำรวจ เมื่อวันที่/...../.....
3.9 วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย
3.10 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ ☐ เอกซเรย์ ☐ ตรวจหัวใจ ☐ ตรวจเลือด ☐ อื่น ๆ (ระบุ)
3.11 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด)
.....



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