



**ใบเรียกร้องค่าชดเชย กรณีบาดเจ็บ / เจ็บป่วย**

ข้าพเจ้า.....ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์เลขที่ .....

มีความประสงค์เรียกร้องค่าชดเชยจากบริษัทฯ ตามข้อมูลที่แจ้งเพื่อพิจารณา ดังนี้

1. ชื่อ - สกุลผู้ป่วย..... อายุ (ปัจจุบัน) ..... ปี  
ที่อยู่ปัจจุบัน ..... โทร. ....  
สถานที่ทำงาน ..... โทร. ....  
อาชีพ / ลักษณะงาน .....

2. ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรักษา .....

ตั้งอยู่เลขที่ ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... โทร. ....

3. (ก) กรณีอุบัติเหตุ

1) วันที่เกิดเหตุ .....เวลา ..... น. มีการแจ้งความหรือไม่  มีที่ใด .....  ไม่มี

2) สถานที่เกิดเหตุ .....

3) เหตุเกิดขึ้นอย่างไร .....

4) อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ .....

5) ตำแหน่งของบาดแผล .....

6) ลักษณะของบาดแผล .....

7) วิธีการรักษาที่ได้รับจากแพทย์ .....

8) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....

(ข) กรณีเจ็บป่วย

1) อาการก่อนเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และ/หรือ สาเหตุที่ทำให้ต้องเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ .....

2) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....

3) ผลการวินิจฉัยของแพทย์แจ้งว่าเป็นโรค .....

4) วิธีการรักษาที่ได้รับจากแพทย์ .....

5) (เฉพาะสตรี) ปัจจุบันท่านมีครรภ์หรือไม่  มีอายุครรภ์ .....  ไม่มี

4. ท่านมีสิทธิได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่นหรือไม่ ถ้ามีโปรดแจ้งรายละเอียด .....  ไม่มี

5. วิธีการรับเงิน  ส่งทางไปรษณีย์  โอนเข้าบัญชีธนาคาร  ส่งผ่านตัวแทนหรือสาขา .....

หากมีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่โปรดระบุสถานที่นำส่งค่าชดเชยให้ชัดเจน .....

**หนังสือให้ความยินยอม**

ข้าพเจ้าขอยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งได้กระทำการรักษาต่อข้าพเจ้า แจ้งถึงการเจ็บป่วยหรือ การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษาหรือการรักษาและสำเนาบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้าต่อ บริษัทเมืองไทยประกันชีวิต จำกัด หรือผู้แทนของบริษัทได้ อนึ่งสำเนารูปถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ..... (ผู้เอาประกันภัย)

วันที่ .....