



**บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
**Bangkok Insurance Public Company Limited**

**แบบฟอร์มการเรียกร้องเงินไหมทดแทน**

- ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล       ค่ารักษาพยาบาล       ทูทผลภพอาวรณ์เงินจึง
- 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..... วันที่เข้ารักษา ..... / ..... / ..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล ..... / ..... / .....

2.2 อาการเจ็บป่วย.....

2.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....

2.4 ท่านเคยได้รับการรักษา/ วินิจฉัยด้วยสาเหตุ/ อาการ/ โรค เดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่อย่างไร.....  
 ถ้าเคยกรุณาระบุ โรงพยาบาล..... วันที่..... / ..... / ..... รักษาโดย  การฉายยา  การผ่าตัด  นัดตรวจเพิ่มเติม

2.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล.....

2.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....

2.6 ได้รับการรักษาโรคโดย  การฉายยา  การผ่าตัด (ระบุ).....  อื่น ๆ (ระบุ).....

3. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ: เสียชีวิต/ทูทผลภพอาวรณ์เงินจึงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียวัยวะ/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  เอ็กซเรย์  ตรวจหัวใจ  ตรวจเลือด  อื่น ๆ (ระบุ).....

3.11 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด) .....

สทท-4-711-51

โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมด้านหลัง &gt;&gt;

ทีมเงินไหมอุบัติเหตุศูนย์คุณและสุขภาพ บมจ.กรุงเทพประกันภัย 25 อ.สาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

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



**บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
**Bangkok Insurance Public Company Limited**

4. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีการตั้งครรภ์หรือไม่ ..... อายุครรภ์ ..... สัปดาห์

5. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น หรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์ .....

6. ข้าพเจ้าประสงค์ขอถือวิธีการรับค่าสินไหมโดย

เช็ค  โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใด ๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นการรับผิดชอบของข้าพเจ้า)

ประเภทบัญชี:  ออมทรัพย์  กระแสรายวัน ชื่อธนาคาร ..... สาขา .....

ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี .....

\*\*\* พร้อมนี้ให้ถ่ายสำเนาสมุดคู่ฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วย \*\*\*

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีการบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วย หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้ตามกฎหมายและสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ ..... ผู้ทำการแทน      ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย  
 (.....)      (.....)  
 วันที่ ...../...../.....      วันที่...../...../.....  
 ความสัมพันธ์..... (เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

**เอกสารต้นฉบับที่ใช้ประกอบการพิจารณา**

1. สำเนาบัตรประกัน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
2. แบบฟอร์มเรียกหรือค่าสินไหมทดแทน
3. ใบรายงานทางการแพทย์ ตามแบบฟอร์มของบริษัท
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวข้าราชการ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
5. สำเนาทะเบียนหรือประวัติการตรวจร่างกาย รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ / รายงานการตรวจปริมาณแอลกอฮอล์
- ในเลือดจากสถาบันนิติเวช / ผลการตรวจชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)

**เอกสารเพิ่มเติมที่ใช้ประกอบการพิจารณา**

- กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล
- สำเนาใบเสร็จรับเงินและใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล  
 รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล
- กรณีเรียกร้องผลประโยชน์การเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ
- สำเนาใบชันสูตรพลิกศพและสำเนาใบมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตาย
- สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์
- กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ
- กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ค่าเจ็บโรคร้ายแรง
- ผลตรวจชิ้นเนื้อ/ CT scan / X-Ray/ LAB
- ประวัติการรักษาและผลตรวจอื่นๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค

หิมสินไหมอุบัติเหตุส่วนบุคคลและสุขภาพ บมจ.กรุงเทพประกันภัย 25 อ.ทหารใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตทหาร กรุงเทพฯ 10120

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