

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมอุบัติเหตุ หรือ
คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (AI/PA/IPD)



C 30010001



เลขที่บัตรประชาชน

กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และส่งคืน
บริษัทฯ พร้อมแนบใบสรุปรายการการรักษา และ
ใบเสร็จของโรงพยาบาลภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่
ที่ออกจากโรงพยาบาล

รับเงินค่าสินไหมเร็วขึ้น เพียงท่านสมัครใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร
ควรวินิตลบนับพร้อมไฟล์ www.azay.co.th หรือขอรับแบบฟอร์มที่ เซอร์วิส เซ็นเตอร์ทุกสาขา

ผู้ผลการพิจารณาเกิน และข้อมูลข่าวสารจากบริษัทฯ ก่อนใคร ง่าย ๆ เพียงท่านระบุหมายเลขโทรศัพท์
มือถือ และอีเมลลงในแบบฟอร์มนี้

เลขที่กรมธรรม์ _____

ชื่อผู้ทำสง _____ โทรศัพท์ _____ วันนำส่ง _____

ชื่อตัวแทน | ผู้บริหารตัวแทน | นายหน้า _____ รหัส _____ โทรศัพท์ _____

หน่วย | เขต | ภาค | ธนาคาร _____ สาขา _____ โทรสาร _____

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย _____ วัน เดือน ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี

เพศ ชาย หญิง ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อหมู่บ้าน | อาคารชุด _____ เลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____ ถนน _____

แขวง | ตำบล _____ เขต | อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์บ้าน _____ โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____

บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ) _____ กรมธรรม์ของบริษัทอื่น _____

อาชีพและลักษณะงาน _____

2. กรณีเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย _____

ระยะเวลาของอาการก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ _____

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ _____ วันที่เข้ารับการรักษา _____

3. กรณีเกิดอุบัติเหตุ วันที่เกิดอุบัติเหตุ _____ เวลาเกิดเหตุ _____ น. สถานที่เกิดเหตุ _____

โปรดระบุลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด _____

ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของรอยขีดข่วนที่ได้รับบาดเจ็บ _____

อาการปัจจุบัน _____

วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย _____ ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา _____

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และทราบดีว่า หากข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ครบถ้วนอาจมีผลต่อการเรียกร้องค่าทดแทน
อุบัติเหตุ คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทฯ ได้

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทฯ ทำการเปลี่ยนแปลงที่อยู่เป็นผู้จองฉบับความที่ระบุข้างต้นกรมธรรม์ดังต่อไปนี้

1. _____ 2. _____ 3. _____

หมายเหตุ: เอกสารเดิมจะส่งไปยังที่อยู่ล่าสุดที่ท่านได้แจ้งการเปลี่ยนแปลงไว้กับบริษัทฯ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย _____ วันที่ _____

(_____) "กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนหรือระบุความลับท้าย"

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้าตกลงมอบหมายให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา
หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า หรือสมาชิกในครอบครัวให้แก่ บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วน
บุคคลของข้าพเจ้าตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง ส่วนของหนังสือฉบับนี้
ถือว่าสัมพันธ์กับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย _____

(_____)

วันที่ _____

