

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

วันที่.....

* สำหรับผู้เอาประกันภัย / ผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต)

กรมธรรม์เลขที่.....

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)เลขที่บัตรประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง.....

อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่ หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อ ได้บ้านเลขที่ หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ.....(ระบุชัดเจนเพื่อการแจ้งข้อมูลผ่านระบบ SMS) E-mail :.....

เอกสารที่แนบมาด้วย

กรณีผลประโยชน์การรักษาพยาบาล

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
- ใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย (ต้นฉบับ)
- ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้เอาประกันภัย
- สำเนารับที่กประจำวันตำรวจ (ถ้ามี)
- สำเนากรมธรรม์
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย (ใช้สำหรับการ โอนเงิน)

ชื่อธนาคาร.....สาขา..... ต้องการใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินไปเบิกที่อื่นต่อ(โปรดทำเครื่องหมาย /)

เลขที่บัญชี - - -

ประเภทบัญชี : ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

กรณีสูญเสียอวัยวะ สายตา

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
- ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการสูญพลกภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ สายตา
- รูปถ่ายอวัยวะที่สูญเสีย
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้าน ของผู้เอาประกันภัย
- สำเนารับที่กประจำวันตำรวจ (ถ้ามี)
- สำเนากรมธรรม์
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย (ใช้สำหรับการ โอนเงิน)

กรณีเสียชีวิต

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
- สำเนารายงานผ่านชั้นสุตรพลิกศพ
- หนังสือรับรองการเสียชีวิต
- ใบมรณบัตร
- สำเนารับที่กประจำวันตำรวจ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน (ประทับตาย)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบันหรือบุคคลอื่นใด ที่มีบันทึกข้อมูล การเจ็บป่วย หรือประวัติการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัทฯหรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามิผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน/ผู้รับผลประโยชน์ ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....) ตัวบรรจง

(.....) ตัวบรรจง

ความสั้มพันธ์.....

วันที่.....

** สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

ตรวจรับเอกสารโดย (นาย / นาง / นางสาว)บริษัท.....

โทร.....โทรสาร.....E-mail :.....

*** ติดต่อ/จัดส่งเอกสารมายัง

บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายสินไหมทั่วไป อาคาร 2 ชั้น 4 ที่อยู่ 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

ติดต่อสอบถามได้ที่ : 1291 หรือ 0-2080-1599 เบอร์ต่อ 6413 ,6417, 6419, และ 6422 กรณีเสียชีวิต (แจ้งทันที)

*** โปรดกรอกข้อมูลตัวบรรจง เพื่อประโยชน์ของท่าน ***



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
 แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200
 โทร. 0 2670 4444, 0 2670 4455 โทรสาร : 0 2280 0399
 www.deves.co.th

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
 97, 99 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang Avenue,
 Borwornnives, Phranakorn, Bangkok 10200
 Tel : 0 2670 4444, 0 2670 4455 Fax : 0 2280 0399
 www.deves.co.th

ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107537002478

บันทึกรับเงินค่าสินไหม

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้าบิดา/มารดา/ผู้เอาประกันภัย ตามกรมธรรม์
 ประกันภัยอุบัติเหตุกลุ่ม.....
 ชื่อผู้เอาประกันภัย.....กรมธรรม์เลขที่.....ขอรับรองว่าได้รับ
 เงินค่าสินไหมทดแทนจำนวนทั้งสิ้น.....บาท(.....)
 จากบริษัท เทเวศ-ประกันภัย จำกัด (มหาชน) โดยโอนเงินเข้าบัญชี เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ซึ่งข้าพเจ้าจะนำเงินจำนวนดังกล่าวไปจ่ายให้กับผู้เอาประกันภัยต่อไป

ในการรับเงินครั้งนี้เป็นการระงับข้อพิพาทที่มีอยู่ หรือจะมีขึ้นในภายหน้า ให้ถือว่าเป็นการระงับสิ้นไปทั้งหมดใน
 คราวนี้ โดยจะไม่ดำเนินการเรียกร้องใดๆ ทั้งในทางแพ่งและทางอาญากับบริษัทผู้รับประกันภัย และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการ
 รักษาหรืออุบัติเหตุครั้งนี้อีกต่อไป หากต่อไปในภายหน้ามีทายาทหรือบุคคลอื่นใดมาได้แย้งสิทธิจากการรับเงินดังกล่าว
 ข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าจะขอเป็นผู้รับผิดชอบชดใช้ให้ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย/ผู้ปกครอง

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ : โปรดแนบบัตรประชาชนของผู้รับเงิน ประกอบบันทึกการรับเงินทุกครั้ง