

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

สำหรับบุคคลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย (Insured's name).....
หมายเลขบัตรประชาชน (ID/Passport)..... เบอร์โทรศัพท์ (Tel)..... E-mail.....
ที่อยู่ปัจจุบัน (Postal address)..... เพศ ชาย (Male) หญิง (Female)
อาชีพ (Occupation)..... ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (Hospital Name).....
วันที่เข้ารับรักษา (Admission date)..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล (Discharge date).....

กรณีอุบัติเหตุ (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ)

เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพ ค่ารักษาพยาบาล ค่าชดเชย

วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ..... สถานที่เกิดเหตุ.....
ลักษณะการเกิดเหตุ..... ลักษณะบาดแผล/การบาดเจ็บ.....
มีการแจ้งความหรือไม่ ไม่มี มี ระบุสถานีตำรวจที่แจ้งความ..... เมื่อวันที่.....

กรณีเจ็บป่วย (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ)

ผู้ป่วยนอก/OPD ผู้ป่วยใน/IPD ผู้ป่วยขั้นวิกฤต/ICU อื่นๆ (ระบุ).....

โรค/อาการเจ็บป่วย..... อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษา.....
ท่านเคยเข้ารับการรักษาโรค/อาการเจ็บป่วยนี้จากสถานพยาบาลอื่นๆ หรือไม่ ไม่มี มี ระบุชื่อโรงพยาบาล.....
ข้าพเจ้าประสงค์จะรับค่าสินไหมโดย เช็ค/Cheque โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ (Saving account only)

ชื่อบัญชี/Account name..... เลขที่บัญชี/Account No.....
ธนาคาร/Bank name.....

**** กรุณาถ่ายสำเนาสมุดบัญชีธนาคาร และรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วยทุกครั้ง ****

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือ บุคคลใดที่มีการบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วย หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าได้มีผลบังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลายมือชื่อ/Signature..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้กระทำการแทน
(.....) วันที่/Date.....
เบอร์โทร/Tel..... ความสัมพันธ์/Relationship.....

เอกสารประกอบการพิจารณาการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากอุบัติเหตุ

กรณีบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุ

- แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ
- ใบรับรองแพทย์
- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร

กรณีเสียชีวิต จากอุบัติเหตุ

- แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- สำเนาทicketประจำวันจากสถานีตำรวจ ตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงสิ้นสุดผลคดี
- สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ
- สำเนาหนังสือรับรองการตาย
- สำเนารมบัตร
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้เสียชีวิต
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับประโยชน์
- สำเนากะเบียนบ้าน ของผู้เสียชีวิต
- สำเนากะเบียนบ้าน ของผู้รับประโยชน์
- สำเนากะเบียนสมรส ของผู้รับประโยชน์
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร
- บัญชีเครือญาติ (ดาวน์โหลดหน้าเว็บไซท์บริษัท)

กรณีสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพ จากอุบัติเหตุ

- แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุว่าอวัยวะใดสูญเสียไป
- ภาพถ่าย ของผู้เอาประกันที่แสดงให้เห็นว่าอวัยวะใดสูญเสียไป
- หลักฐานการรักษา เช่น ประวัติการรักษา, ฟิล์ม X-ray ฯลฯ
- สำเนาทicketประจำวันจากสถานีตำรวจ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- สำเนากะเบียนบ้าน
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร