

เรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพ

1. แบบฟอร์ม เรียกร้อง (เคลมฟอร์ม) ผู้เอาประกันภัยกรอกรายละเอียด ดังนี้
 - ชื่อ สกุล พร้อมทั้งเลขที่กรมธรรม์
 - ที่อยู่ปัจจุบัน
 - หมายเลขโทรศัพท์/EMAIL
 - รายละเอียดของการเกิดอุบัติเหตุ
 - ลงลายมือชื่อ ในส่วนของผู้บาดเจ็บ/ผู้ป่วย มอบฉันทะยินยอมให้ประวัติ
2. ใบรายงานแพทย์ตามแบบฟอร์มของบริษัทระบุรายละเอียดสุขภาพ การรักษา การเกิดเหตุ
3. กรณีสูญเสียสายตาใช้ใบรายงานแพทย์(จักษุแพทย์)
4. หนังสือรับรองผู้พิการและบัตรประจำตัวผู้พิการ
5. ภาพถ่ายอวัยวะที่สูญเสีย
6. สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ หรือบัตรที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐ พร้อมลงนามรับรอง สำเนาถูกต้อง
7. สำเนาทะเบียนบ้าน (รับรองสำเนาถูกต้อง)
8. สำเนาบันทึกระงับจำวันของตำรวจ (รับรองสำเนาถูกต้อง)
9. หนังสือรับรองการเป็นพนักงาน/ลูกจ้าง จากนายจ้าง (กรณีประกันกลุ่มในนามบริษัทแบบไม่ระบุชื่อผู้เอาประกันภัย (Group unnamed policy))
10. สำเนาสูติบัตร กรณีผู้เยาว์ และผู้ปกครองของผู้เยาว์ ต้องลงนามรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องทุกรายการ พร้อมแนบเอกสาร(สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน) ของผู้ปกครอง

หมายเหตุ: ทั้งนี้ บริษัทฯ อาจเรียกเอกสารเพิ่มเติมตามความจำเป็นนอกเหนือจากรายการข้างต้น เป็นรายๆไป เช่น ประวัติการรักษาพยาบาล ผลการตรวจต่างๆ เป็นต้น