



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ( BKI FORM )

- ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล       ค่ารักษาพยาบาล (อุบัติเหตุ)       ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
- ค่าชดเชยการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง       สูญเสียอวัยวะ       เสียชีวิต

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  การใช้ยา    การผ่าตัด    นัดตรวจเพิ่มเติม

2.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล.....

2.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....

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

3. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ: เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/การรักษาพยาบาล กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

3.1 สถานที่เกิดเหตุ ..... วันที่เกิดเหตุ...../...../..... เวลา.....

3.2 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด) .....  
 .....  
 .....

3.3 ชื่อผู้เห็นเหตุการณ์..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....

3.4 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดแผล .....

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) .....

