



สยามสไมล์
 ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 SIAM SMILE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

เลขที่รับแจ้ง :

ประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ ประกันชดเชยรายได้ อุบัติเหตุกลุ่ม พีเอ สมาร์ทแคร์ (P30)

ชื่อสมาชิกผู้ประกัน :

อายุ :

เลขที่กรมธรรม์ :

ที่อยู่ :

อาชีพ :

โทรศัพท์ :

ชื่อที่อยู่นายจ้าง :

โทรศัพท์ :

วันที่เข้ารับการรักษา :

วันที่เกิดอุบัติเหตุ :

ชื่อสถานพยาบาล :

ชื่อบัญชี :

ธนาคาร :

สาขา :

เลขที่บัญชี :

ประเภทบัญชี : ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหม :

ใบเสร็จรับเงิน จำนวน บาท ดันฉบับ สำเนา (เบิก บาท)
 ใบรับรองแพทย์ : ดันฉบับ สำเนา

ระบุการเจ็บป่วย / อาการบาดเจ็บที่ได้รับ (ในกรณีบาดเจ็บให้บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด)

บส :

ประเภทเคลม :

อาการสำคัญ :

Diagnosis :

Diagnosis :

ท่านกำลังเรียกร้องค่าทดแทนอื่นใดเนื่องจากการบาดเจ็บในครั้งนี้ด้วยหรือไม่ ?

ถ้าเรียกร้อง ชื่อบริษัท

เรียกร้อง

ไม่เรียกร้อง

ใบมอบฉันทะ

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือผู้อื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งหรือให้ข้อมูลใดๆ ต่อบริษัทหรือผู้แทนอื่นใดที่ได้รับมอบอำนาจถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ตลอดจนเอกสารอื่นใดอันเกี่ยวข้องกับการเรียกร้องสินไหมทดแทนครั้งนี้ อนึ่งสำเนาของใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ลงนาม.....

(.....)

(ผู้เรียกร้อง)

วันที่/...../.....

สำคัญ : แบบฟอร์มนี้ต้องกรอกและส่งบริษัทประกันโดยเร็วที่สุด อย่างช้าไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล เพื่อการจ่ายค่าสินไหมทดแทนได้รวดเร็ว โปรดแนบใบรับรองแพทย์ หรือรายงานแพทย์ รายละเอียดการรักษาพยาบาล และใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับมาพร้อมแบบเรียกร้องนี้