

แบบฟอร์ม: การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนการประกันภัย COVID-19

ชื่อ-สกุลของผู้เอาประกันภัย (Insured's name)
กรมธรรม์เลขที่ (Policy number)
หมายเลขบัตรประชาชน (ID/Passport)
ที่อยู่ปัจจุบัน (Address)

เบอร์โทรศัพท์ (Telephone number) E-mail

- ☐ กรณีได้รับการวินิจฉัยว่าแพ้วัคซีนหรือป่วยเป็น Covid-19 เมื่อวันที่ และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโคม่า เมื่อวันที่
- ☐ การสูญเสียชีวิตหรือทุพพลภาพหรือสูญเสียอวัยวะ (อบ.1) จากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นเมื่อวันที่ ตามความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัยอุบัติเหตุ
- ☐ ค่าชดเชยหรือค่ารักษาพยาบาลจากการติดเชื้อหรือผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน Covid-19

จำนวนเงินที่ต้องการเรียกร้อง บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัท ประกันภัย ออศกร สถาบัน หรือ บุคคลใดที่มีการบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วย หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท เอฟดับบลิวดีประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าได้มีผลบังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลายมือชื่อ / Signature ผู้เอาประกันภัย / ผู้กระทำการแทน
(.....)

วันที่ / Date เบอร์โทรศัพท์ / Tel

ความสัมพันธ์ / Relationship

เอกสารประกอบการพิจารณา ดังนี้

กรณีเจ็บป่วยหรือผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน Covid-19

- ☐ ใบรับรองแพทย์
☐ รายงานผลการตรวจเชื้อโคโรนาไวรัส
☐ ประวัติการรักษา Covid-19 ทั้งหมด
☐ สำเนาบัตรประชาชน
☐ สำเนาน้ำสนุบบัญชีธนาคาร ของผู้เอาประกัน
☐ ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับสำหรับเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

กรณีสูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

- ☐ ใบรับรองแพทย์ที่ระบุชัดเจนว่าสูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
☐ ภาพถ่ายของผู้เอาประกันภัยที่แสดงว่าสูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
☐ หลักฐานการรักษาเช่นฟิล์ม X-RAY, ประวัติคนไข้ ฯลฯ
☐ สำเนาทะเบียนประจำวันของสถานีตำรวจ
☐ สำเนาบัตรประชาชน
☐ สำเนาน้ำสนุบบัญชีธนาคารของผู้เอาประกัน

กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

- ☐ สำเนาทะเบียนประจำวันของสถานีตำรวจตั้งแต่มารับแจ้งเหตุจนถึงสิ้นสุดผลคดี
☐ สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพของเจ้าหน้าที่ตำรวจ
☐ สำเนาหนังสือรับรองการตายจากโรงพยาบาล
☐ สำเนาใบมรณบัตร (รับรองสำเนาถูกต้อง)
☐ สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต (รับรองสำเนาถูกต้อง)
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิตที่ระบุสาเหตุว่าตาย (รับรองสำเนาถูกต้อง)
☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับประโยชน์ (รับรองสำเนาถูกต้อง)
☐ สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับประโยชน์ (รับรองสำเนาถูกต้อง)
☐ บัญชีเครือข่าย (สามารถดาวน์โหลดได้ใน www.fwdgi.co.th)