



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 ☐ ทูพลภาพ ☐ ค่ารักษาพยาบาล ☐ ค่าชดเชย

วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ..... สถานที่เกิดเหตุ.....

ลักษณะการเกิดเหตุ..... ลักษณะบาดเจ็บ/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 เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่
บริษัท ژیโอประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าได้มี
ผลบังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลายมือชื่อ/Signature..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้กระทำการแทน

(.....) วันที่/Date.....

เบอร์โทร/Tel..... ความสัมพันธ์/Relationship.....

เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนจากอุบัติเหตุ

กรณีบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุ

- ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- ☐ ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ
- ☐ ใบรับรองแพทย์
- ☐ สำเนาบัตรประชาชน
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร

กรณีเสียชีวิต จากอุบัติเหตุ

- ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านจากสถานีตำรวจ
ตั้งแต่วันเกิดจนถึงวันเสียชีวิต
- ☐ สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ
- ☐ สำเนาหนังสือรับรองการตาย
- ☐ สำเนารมบัตร
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เสียชีวิต
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
ของผู้รับประโยชน์
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เสียชีวิต
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์
- ☐ สำเนาทะเบียนสมรสของผู้รับประโยชน์
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร
- ☐ บัญชีเครือข่าย (ดาวน์โหลดหน้าเว็บไซต์บริษัท)

กรณีสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทูพลภาพ จากอุบัติเหตุ

- ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- ☐ ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุว่าอวัยวะใดสูญเสียไป
- ☐ ภาพถ่ายของผู้เอาประกันที่แสดงให้เห็นว่าอวัยวะใดสูญเสียไป
- ☐ หลักฐานการรักษา เช่น ประวัติการรักษา, फिल्म X-ray ฯลฯ
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน
- ☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร