

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหม โรคภัยแรง (DD, OC)

โปรดกรอกข้อความโดยละเอียด และยื่นต่อบริษัทฯ โดยเร็ว พร้อมหลักฐานดังต่อไปนี้

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหม โรคภัยแรง สำหรับผู้เอาประกันภัย
2. แบบฟอร์มโรคภัยแรง สำหรับรายละเอียดจากแพทย์
3. กรมธรรม์ประกันภัย
4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย ซึ่งลงนามรับรองสำเนา

ส่วนที่ 1 : กรอกรอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์โดยผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อและนามสกุลของผู้เอาประกันภัย อายุ ปี
เลขที่ประจำตัวประชาชน กรมธรรม์

2. สถานที่ที่จะให้ส่งค่าสินไหมทดแทน - ที่อยู่ที่ติดต่อสะดวก (ตามข้อ 1)
- ผ่านตัวแทนบริการ
- อื่น ๆ โปรดระบุ

ในกรณีผู้เอาประกันภัยอยู่จังหวัดอื่น (นอกเหนือจาก กทม. นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ) มีความประสงค์จะรับเช็ค ระบุสาขา จังหวัด

ส่วนที่ 2 : รายละเอียดของการเรียกร้อง

ก. เรียกร้องค่าชดเชย โรคภัยแรงด้วยโรค
ข. อาการของโรค
ค. ก่อนปรึกษาแพทย์ ท่านมีอาการดังกล่าวตั้งแต่เมื่อใด
ชื่อแพทย์ผู้รักษา โรงพยาบาล / คลินิก
ที่อยู่
หมายเลขโทรศัพท์

โปรดระบุรายละเอียดการเข้ารับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ ไม่มี มี ดังต่อไปนี้
สถานพยาบาล วันที่เข้ารับการรักษา ชื่อแพทย์ผู้รักษา
ก.
ข.

ท่านมีอาการเจ็บป่วยก่อนที่การเจ็บป่วยครั้งนี้จะเกิดขึ้นหรือไม่ ไม่มี มี ดังต่อไปนี้
อาการเจ็บป่วย สถานพยาบาล วันที่เข้ารับการรักษา
ก.
ข.

หมายเหตุ : หากท่านมีข้อสงสัยใด โปรดติดต่อโดยตรงที่ตัวแทน หรือสำนักงานสาขาของบริษัทฯ หรือสอบถามโดยตรงที่แผนกสินไหมทดแทน โทร. 0 2352 8000 ต่อ 8251

ข้าพเจ้าขอให้การรับรองว่าข้อความที่กล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและไม่มีสาระสำคัญอื่นใดที่ข้าพเจ้าละเว้นมิได้เปิดเผยให้บริษัทฯ ทราบ อนึ่ง ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล นายแพทย์ หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา โภชเภสัช หรือการรักษา และสำเนาบันทกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้าต่อ บริษัท พรุเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนบริษัทได้ อันนี้สำเนาภาพถ่ายของใบมอบฉันทะฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ชื่อ ผู้เอาประกันภัย
วันที่



0401009004