



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
 แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200
 โทร 0 2080 1599 โทรสาร 0 2280 0399

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
 97,99 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang Avenue,
 Borwornnives, Phranakorn, Bangkok 10200, Thailand
 Tel : +66 2080 1599 Fax : +66 2280 0399

F-NC-028

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0-1075-37002-47-8 **เทเวศประกันภัย 1291** @devesinsurance www.deves.co.th

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

วันที่.....
 กรมธรรม์เลขที่.....

* สำหรับผู้เอาประกันภัย / ผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต)

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)เลขที่บัตรประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง.....
 อาชีพ.....สถานที่ทำงาน.....
 ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่ หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อ ได้บ้านเลขที่ หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....
 ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์มือถือ..... (ระบุชัดเจนเพื่อการแจ้งข้อมูล ผ่านระบบ SMS) E-mail :

เอกสารที่แนบมาด้วย

กรณีผลประโยชน์การรักษาพยาบาล

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
- ใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย (ต้นฉบับ)
- ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้เอาประกันภัย
- สำเนาทะเบียนบ้าน (ถ้ามี)
- สำเนากรมธรรม์
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย (ใช้สำหรับการ โอนเงิน)

ชื่อธนาคาร.....สาขา..... ต้องการใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินไปเบิกที่อื่นต่อ(โปรดทำเครื่องหมาย /)

เลขที่บัญชี ประเภทบัญชี: ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

กรณีการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากอุบัติเหตุ / การถูกทำร้ายร่างกาย

- วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... น. สถานที่เกิดเหตุ.....
- สาเหตุอุบัติเหตุ (โปรดระบุอย่างละเอียด)
- อุบัติเหตุครั้งนี้มีการแจ้งความ () ไม่มี () มี ณ สถานที่ตำรวจ เมื่อวันที่
- ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา..... วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย.....

กรณีสูญเสียอวัยวะ

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
- ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ
- รูปถ่ายอวัยวะที่สูญเสีย
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้าน ของผู้เอาประกันภัย
- สำเนาทะเบียนบ้าน (ถ้ามี)
- สำเนากรมธรรม์
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย (ใช้สำหรับการ โอนเงิน)

กรณีเสียชีวิต

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
- สำเนารายงานผ่าชันสูตรพลิกศพ
- หนังสือรับรองการเสียชีวิต
- ใบมรณบัตร
- สำเนาทะเบียนบ้าน (ถ้ามี)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน (ประทับตาย)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบันหรือบุคคลอื่นใด ที่มีบันทึกข้อมูล การเจ็บป่วย หรือประวัติการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัทฯหรือผู้แทนของบริษัทฯได้ เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามิผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน/ผู้รับผลประโยชน์ ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย
 (.....) ตัวบรรจง (.....) ตัวบรรจง
 ความสัมพันธ์..... วันที่.....

**** สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท**

ตรวจรับเอกสารโดย (นาย / นาง / นางสาว) บริษัท.....
 โทร..... โทรสาร..... E-mail :

*** ติดต่อจัดส่งเอกสารมายัง บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายสินไหมทั่วไป อาคาร 2 ชั้น 4 ที่อยู่ 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200 ติดต่อสอบถามได้ที่ : 1291 หรือ 0-2080-1599 เบอร์ดีอ 6413 ,6417, 6419, และ 6422 กรณีเสียชีวิต (แจ้งทันที)

*** โปรดกรอกข้อมูลตัวบรรจง เพื่อประโยชน์ของท่าน ***