



TOKIOMARINE

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน

กรุณากรอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์ โดยผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้องที่มีส่วนได้เสียกับผู้เอาประกันภัยเท่านั้น พร้อมลงนาม

ชื่อผู้เอาประกันภัย	อายุ	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/Passport No.	หมายเลขกรมธรรม์ (ทั้งหมด)
ที่อยู่ และ หมายเลขโทรศัพท์			กรมธรรม์กับบริษัทอื่น (ระบุชื่อและเลขกรมธรรม์)
สถานที่ทำงาน / อาชีพ / ตำแหน่ง-หน้าที่			ท่านได้ยื่นใบลากับนายจ้าง หรือผู้บังคับบัญชาหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ยื่น <input type="checkbox"/> ยื่น ได้ลาในวันที่.....
ผลประโยชน์ที่เรียกร้อง <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> การสูญเสียอวัยวะ <input type="checkbox"/> การคลอดบุตร หรือ สมรส <input type="checkbox"/> โรคร้ายแรง <input type="checkbox"/> การรักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....			การเรียกร้องครั้งนี้เป็นการเรียกร้อง <input type="checkbox"/> ครั้งแรก <input type="checkbox"/> ต่อเนื่องครั้งที่.....
รายละเอียดกรณีเกิดอุบัติเหตุ วันที่เกิดอุบัติเหตุ เวลา สถานที่ที่เกิดเหตุ รายละเอียด / สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บและลักษณะการบาดเจ็บ / บาดแผล			วิธีการรับเงินสินไหมทดแทน <input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> โอนเงิน ไปดะระบุ ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี..... ธนาคาร..... (ให้ส่งสำเนาสมุดคู่มือฝากหน้าที่ระบุชื่อบัญชี และเลขที่บัญชี กรณีที่ไม่ส่งบริษัทจะจ่ายเป็นเช็ค)
รายละเอียดกรณีการเข้ารับการรักษา และ / หรือ รับการรักษาจากแพทย์			
วันที่เข้าโรงพยาบาล	วันที่ออกจากโรงพยาบาล	ชื่อแพทย์ท่านแรกที่ไปพบ	ชื่อโรงพยาบาล / คลินิก
แพทย์แจ้งว่าท่านป่วยเป็นโรคอะไร			ชื่อแพทย์ที่แนะนำให้รักษาตัวในโรงพยาบาล
ท่านเคยทำการปรึกษาหรือรักษาด้วยโรคหรืออาการเช่นการเข้ารับการรักษาครั้งนี้หรือโรคและอาการอื่นๆมาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ครั้งหลังสุดเมื่อ.....ณ โรงพยาบาล / คลินิก.....ด้วยอาการ / โรค.....			
คำรับรองและหนังสือให้ความยินยอม			
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ตอบคำถามทั้งหมดตามความเป็นจริงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจเปิดเผยถึงการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้า แก่ บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้แทนของบริษัทฯได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมซึ่งได้รับการรับรองสำเนาถูกต้องโดยบริษัทฯ ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ			
ลงชื่อ		ลงชื่อ	
()		()	
ผู้เอาประกันภัย / ผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์		พยาน	
คำรับรองของตัวแทนประกันชีวิต			
ข้าพเจ้าในฐานะตัวแทนประกันชีวิต ซึ่งได้ดำเนินการทำเรื่องเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้ ขอรับรองว่าการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ และการตอบคำถามใดๆในเอกสารนี้เป็นไปด้วยความถูกต้องตามข้อเท็จจริงที่ข้าพเจ้าได้รับรู้มา			
ชื่อ - สกุล.....หมายเลขโทรศัพท์.....			
หน่วย/ สาขา.....			