



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน))

SAHA LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

36/179,36/183,36/186 ถนนมอเตอริเวย์ แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520 โทร. 0-2379-5099 โทรสาร. 0-2379-5466, 0-2731-7727-28

36/179,36/183,36/186 Motoway Road khlong Song ton Nun , Lat Krabang Bangkok 10520, Thailand Tel. +66-2379-5099 Fax +66-2379-5466, +66-2731-7727-28

สหประกันชีวิต
SAHA LIFE INSURANCE

Website : http://www.sahalife.co.th E-mail Address : saha@sahalife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107554000186

แบบเรียกร้องค่ารักษาจากอุบัติเหตุ

สหกรณ์.....

1. ชื่อ-สกุล(ผู้เอาประกันภัย).....เลขบัตรประชาชน.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....

สถานที่ทำงาน.....อาชีพ.....

2. เลขที่กรมธรรม์.....(มากกว่าหนึ่งกรมธรรม์โปรดระบุ)

3. วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ.....

เหตุเกิดขึ้นอย่างไร.....

สาเหตุของการบาดเจ็บ.....ระยะเวลาของอาการก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้.....

4. อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....ตำแหน่งของบาดแผล.....

ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรักษา.....ชื่อแพทย์ผู้รักษา.....

วิธีการรักษา.....วันที่รับการรักษาวันแรก..... วันสุดท้าย.....

5. อาการหรือความบาดเจ็บในปัจจุบัน.....

6. กรณีมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น ชื่อบริษัท..... เลขที่กรมธรรม์.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัท ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความจริงทุกประการและทราบว่า หากกรอกข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องในการเรียกร้องค่าสินไหมและการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

ลงนามให้เหมือนกับในใบคำขอ

วันที่.....

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติ การรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมามีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท ตัวแทน ประกันชีวิตของบริษัทหรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ ประกันภัย หรือการดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงาน ที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้องตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท บริษัทนายหน้า ประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทาง การแพทย์ หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้อง ตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ

*กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

**กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

.....
(.....) ลงวันที่ (.....) (.....)

ลงลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม

ความสัมพันธ์

ลงลายมือชื่อพยาน

ลงลายมือชื่อพยาน