



บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน)
 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย ถนนราชดำเนินกลาง
 แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200
 โทร : 0 2670 4444 โทรสาร : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 บริษัทของสำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์

THE DEVES INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
 97, 99 Deves Insurance Building, Ratchadamnoen Klang Road,
 Borwornnives, Phranakorn, Bangkok 10200
 Tel. : 0 2670 4444 Fax : 0 2280 0399
 E-mail : dvsins@deves.co.th, http://www.deves.co.th
 AN INSURANCE COMPANY OWNED BY THE CROWN PROPERTY BUREAU

F-NC-017

ทะเบียนเลขที่ 0107537002478

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 10 1 01718 2

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโครงการรักษาสุข

วันที่.....

กรมธรรม์เลขที่.....

* สำหรับผู้เอาประกันภัย / ผู้รับผลประโยชน์

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว) เลขที่บัตรประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง.....

อาชีพ..... สถานที่ทำงาน.....

ที่อยู่สถานที่ทำงาน เลขที่ ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่ หมู่บ้าน..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail :

(ระบุชัดเจนเพื่อการแจ้งข้อมูลผ่านระบบ SMS)

เอกสารที่แนบมาด้วย

กรณีผลประโยชน์การรักษาพยาบาล

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
2. ใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย (ต้นฉบับ)
3. ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้เอาประกันภัย
5. สำเนานันทกประจำวันตำรวจ (ถ้ามี)
6. สำเนากรมธรรม์
7. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย (ใช้สำหรับการโอนเงิน)

ชื่อธนาคาร..... สาขา.....

เลขที่บัญชี - - -

กรณีสูญเสียอวัยวะ สายตา

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
2. ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ สายตา
3. รูปถ่ายอวัยวะที่สูญเสีย
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้าน ของผู้เอาประกันภัย
5. สำเนานันทกประจำวันตำรวจ (ถ้ามี)
6. สำเนากรมธรรม์

กรณีเสียชีวิต

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
2. สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพหรือหนังสือรับรองการเสียชีวิต
3. ใบมรณบัตร
4. สำเนานันทกประจำวันตำรวจ
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน (ประทับตาย)
6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์

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

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....) ตัวบรรจง

(.....) ตัวบรรจง

ความสัมพันธ์.....

วันที่.....

** สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร

ตรวจรับเอกสารโดย (นาย / นาง / นางสาว) ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา..... โทร.....

*** ติดต่อ/จัดส่งเอกสารมายัง

บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายสินไหมทั่วไป (โครงการรักษาสุข) อาคาร 2 ชั้น 4 ที่อยู่ 97 และ 99 อาคารเทเวศประกันภัย แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200 หรือ
 ส่งผ่านธนาคาร ธนาคารไทยพาณิชย์ ทุกสาขา ติดต่อสอบถามได้ที่ : 0-2670-4444 คุณจุจารัตน์ # 6419 คุณพิมพ์พร # 6420 คุณทักษิณพร # 6422

*** โปรดกรอกข้อมูลตัวบรรจงเพื่อประโยชน์ของท่าน ***