

ทะเบียนเลขที่ 0107537002478

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 3 10 1 01718 2

## หนังสือเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล(COVID-19)

วันที่.....

กรมธรรม์เลขที่.....

\* สำหรับผู้เอาประกันภัย / ผู้รับผลประโยชน์

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..... E-mail : ..... (ระบุชัดเจนเพื่อการแจ้งข้อมูล ผ่านระบบ SMS)

### เอกสารที่แนบมาด้วย

#### กรณีผลประโยชน์การรักษาพยาบาล

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

ชื่อธนาคาร.....สาขา.....

ต้องการใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินไปเบิกที่อื่นต่อ(โปรดทำเครื่องหมาย / )

เลขที่บัญชี    -  -      -

ประเภทบัญชี :  ออมทรัพย์  กระแสรายวัน

#### กรณีสูญเสียอวัยวะ สหายตา

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
- ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการสูญพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ สหายตา
- รูปถ่ายอวัยวะที่สูญเสีย
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและทะเบียนบ้าน ของผู้เอาประกันภัย
- สำเนานันทิกประจำวันตำรวจ (ถ้ามี)
- สำเนากรมธรรม์
- สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกันภัย(ใช้สำหรับการ โอนเงิน)

#### กรณีเสียชีวิต

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ
- สำเนารายงานผ่าชันสูตรพลิกศพ
- หนังสือรับรองการเสียชีวิต
- ใบมรณบัตร
- สำเนานันทิกประจำวันตำรวจ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน(ประทับตาย)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบันหรือบุคคลอื่นใด ที่มีบันทึกข้อมูล การเจ็บป่วย หรือประวัติการเจ็บป่วยของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่บริษัทฯหรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามิผลบังคับใช้ได้ และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....) ตัวบรรจง

(.....) ตัวบรรจง

ความสัมพันธ.....

วันที่.....

#### \*\* สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

ตรวจรับเอกสารโดย (นาย / นาง / นางสาว) .....บริษัท.....

โทร.....โทรสาร.....E-mail : .....

#### \*\*\* ติดต่อ/จัดส่งเอกสารมายัง

บริษัท เดอะเวดประกันภัย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายสินไหมทั่วไป อาคาร 2 ชั้น 4 ที่อยู่ 97 และ 99 อาคารเดอะเวดประกันภัย แขวงบวรนิเวศ เขตพระนคร กรุงเทพฯ 10200

ติดต่อสอบถามได้ที่ : 0-2670-4444 เบอร์ติดต่อ 6417, 6419, และ 6422 กรณีเสียชีวิต (แจ้งทันที)

\*\*\* โปรดกรอกข้อมูลตัวบรรจง เพื่อประโยชน์ของท่าน \*\*\*

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรมธรรม์ประกันภัย Covid-19 Extra

กรณี ชดเชยรายได้	กรณีค่าตรวจคัดกรอง	กรณีอากร โคม่า
1.หนังสือเรียกร้องสินไหมทดแทน (F-NC-028)	1.หนังสือเรียกร้องสินไหมทดแทน (F-NC-028)	1.หนังสือเรียกร้องสินไหมทดแทน (F-NC-028)
2.ใบรับรองแพทย์	2.ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ (เท่านั้น)	2.ผลตรวจ Lab แจ็งคิดเชื้อ
3.ผลตรวจ Lab แจ็งคิดเชื้อ	4.ผลตรวจ Lab แจ็งคิดเชื้อ	3.ใบรับรองแพทย์
4.ใบรับรองแพทย์	3.ใบรับรองแพทย์	4.ประวัติการรักษา
5.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	5.สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน	5.ใบมรณบัตร
5.สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก (Book Bank)	6.สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝาก (Book Bank)	5.หนังสือรับรองการตาย
		7.ใบชันสูตรพลิกศพ
		8.สำเนาบัตรประชาชน/ทะเบียนบ้าน(ประทับตาย) ผู้เอาประกันภัย
		8.สำเนาบัตรประชาชน/ทะเบียนบ้าน ผู้รับผลประโยชน์
		10.สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของผู้รับผลประโยชน์