

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันภัยกลุ่ม

บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม/สมาชิกสมทบ
สังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

1. ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/น.ส.).....
2. สังกัด (สถานฯ/ภาควิชา/สาขาวิชา/หน่วยงาน).....
โทรสำนักงาน.....มือถือ.....E-mail.....
3. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล
 บุคลากรหลัก (สำหรับ พนักงานมหาวิทยาลัย และ พนักงานมหาวิทยาลัย(คณะแพทยศาสตร์))
 บุคคลในครอบครัว ผู้ติดตาม ลำดับที่ 1
 คู่สมรส ชื่อ-สกุล.....
 บุตร ชื่อ-สกุล.....
 บิดา ชื่อ-สกุล.....
 มารดา ชื่อ-สกุล.....
 บุคคลในครอบครัว ผู้ติดตาม ลำดับที่ 2,3,4...
 บุตร สามี ภรรยา บิดา มารดา ชื่อ-สกุล.....
∴ ผู้ติดตามลำดับที่ 2,3,4 : บุคลากรหลัก ชื่อประกันเพิ่มให้กับบุคคลในครอบครัวมากกว่า 1 คน ตามหลักเกณฑ์ของบริษัทไทยสมุทร ฯ กำหนดไว้
 บุคลากรสมทบ (สำหรับ ข้าราชการ/พนักงานมหาวิทยาลัยเปลี่ยนสถานภาพ/ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างบคคลง)
 บุคคลในครอบครัว บุตร สามี ภรรยา บิดา มารดา ชื่อ-สกุล.....
∴ บุคคลในครอบครัว : บุคลากรสมทบ ชื่อประกันให้ตนเองแล้ว และชื่อเพิ่มให้กับบุคคลในครอบครัว ตามหลักเกณฑ์ของบริษัทไทยสมุทร ฯ กำหนดไว้
4. วัน เดือน ปี ที่เข้ารับการรักษา ตั้งแต่ถึง.....รวมเป็นเงิน.....บาท
สาเหตุ ผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) ทันตกรรม อุบัติเหตุ ชดเชยรายได้ (Insentive) กรณีที่ไม่ได้เบิกค่ารักษาพยาบาล
ขอเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท
5. โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคาร.....ชื่อบัญชี.....บัญชีเลขที่.....
6. เอกสารส่งเบิก พร้อมสำเนา 1 ชุด ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง) ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง)
7. ประสงค์ขอรับใบเสร็จฉบับจริงคืน ประสงค์ ไม่ประสงค์

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....

หมายเหตุ

1. โปรดแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคารพาณิชย์ ประเภทออมทรัพย์ กรณีเบิกครั้งแรกหรือเปลี่ยนแปลงธนาคารเท่านั้น
2. โปรดแนบสำเนาเอกสารในการเบิกครั้งนี้ทุกแผ่น จำนวน 1 ชุด

กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง เพื่อเป็นประโยชน์แก่ตัวท่านเอง