



## ตัวอย่าง กรณี ผู้เอาประกันเป็น บุตร ผู้เยาว์

### แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

- ค่าทดแทนอุบัติเหตุ  ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม  ค่าเดินทางรีบด่วน  อื่นๆ เนื่องที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่.....  
วิธีการรับเงินสินไหม  เช็ค  โอนเงิน ชื่อบัญชี..... บัญชีธนาคารของผู้ประกัน บัญชีธนาคารของผู้ประกัน  
กรณีที่บัตรเดบิตหรือบัตรกดเงินสดข้อความ / กรณีเจ็บป่วยกรุณาตอบข้อคะแนน ข้อ C บัญชีธนาคารของผู้ประกัน บัญชีธนาคารของผู้ประกัน  
ก) กรณีข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อที่ทั้งการแจ้งอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย ด.ช. นำ รัก อายุ 5 ปี เลขที่บัตรประชาชน 1111234568 ที่อยู่ปัจจุบัน  
โทรศัพท์มือถือ เมืองผู้ประกัน อีเมล ที่ทำงาน.....

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ.....

2. ชื่อสถานพยาบาล ธรรมศาสตร์ วันที่รับการรักษา 4 ตุลาคม 2567 ชื่อแพทย์ผู้รักษา นามแพทย์ ใจ ชัย

การรับนัดด้วยของแพทย์ กระดูกข้ออกหัก การรักษาเป็นแบบ  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน ดังด้านที่ ถึง

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุ ไม่

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมา ก่อนหรือไม่ ไม่ ถ้ามี (ประรบุ)

5. ท่านมีประกันภัยรับรักษาประการบัญชีอื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรใดหรือไม่ถ้ามี (ประรบุ) ชื่อบริษัท เลขที่กรมธรรม์.....

6) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนการบาดเจ็บอุบัติเหตุ/ ทำร้ายร่างกาย

1. วันที่เกิดเหตุ 3 ตุลาคม 2567 เวลา 17.00 น. สถานที่เกิดเหตุ ห้องน้ำที่โรงแรม เวอลลิงตัน

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดระบุโดยละเอียด) ลื่นล้มในห้องน้ำ แล้วเอามือยันพื้น ทำให้ข้ออกหัก ชัวร์ว่าที่ได้รับบาดเจ็บ ข้อคอก

ดำเนินการและลักษณะของบาดแผล กระดูกข้ออกหัก ชื่อ/ที่อยู่ผู้รับเหตุการณ์.....

3. มีการแจ้งความหรือไม่ ไม่ ถ้ามี (ประบุ) วันที่ สถานที่แจ้งความ.....

ก) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1. สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค) .....

2. อาการเหล่านี้เป็นนานาที่ได้ ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ .....

### หนังสือให้ความอุปยอน

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลภัยธรรมเนียม ข้อตกลงอุบัติเหตุ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทด้วยตนเองประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้จัดการธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลภัยธรรมเนียม ข้อตกลงอุบัติเหตุ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ด้วยแผนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้จัดการธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์จากการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยนั้น สำเนาใบหนังสือให้ความอุปยอนนี้ให้อ่านอ่านแล้วลงลายมือชื่อลงทับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความดังต่อไปนี้และวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดทราบแล้ว เนื่องจากต้องดูแลคนไข้ ให้เข้าใจได้ก็จะยินยอมผูกพันตนปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ ..... ลายเซ็นผู้ประกัน ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความอุปยอน ลงชื่อ ..... พยาน ลงชื่อ ..... พยาน

(.....) (.....) (.....)

ลงชื่อ ..... ลายเซ็นผู้ประกัน ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความอุปยอน ความลับทันทีกับผู้บ่าว บิดา, มารดา



หนังสือในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

### แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

ค่าทดแทนอุบัติเหตุ  ค่ารักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม  ค่าเดินทาง  อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบบัตรองการอาชญากรรมที่.....

วิธีการรับเงินสินไหม  เช็ค  โอนเงิน ชื่อบัญชี นางสาว สวาย แซ่บ เลขที่บัญชี 1111234567 ธนาคาร กสิกรไทย สาขา เชียงใหม่ พระราม

กรณีที่เบต้าเจ็บจากอุบัติเหตุรุนแรงข้อและข้อ ฯ /กรณีเจ็บป่วยรุนแรงข้อและ ข้อ ค

ก) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1.ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย นางสาว สวาย แซ่บ อายุ 23 ปี เลขที่บัตรประชาชน 1111234567891 ที่อยู่ปัจจุบัน

โทรศัพท์มือถือ 081-487-1141 อีเมล ที่ทำงาน.....

ข้อที่เพิ่งแต่งตั้งนายจ้างที่ปรับติดชอบ.....

2.ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา พญาไท 1 วันที่รับการรักษา 3 ตุลาคม 2567 ชื่อแพทย์ผู้รักษา นายแพทย์ ใจ มัณฑ

การรักษาด้วยของแพทย์ ต้มหอมชีนอักษรเสบ การรักษาเป็นแบบ  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม 2567 ถึง 5 ตุลาคม 2567

3.ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ได้แก่ไขไปประบูโกรู ไม่มี

4.ก่อนวันการรักษาในครั้งนี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากอื่นก่อนหรือไม่ เมื่อ ถ้ามี (โปรดระบุ) .....

5.ท่านมีประกันภัยบริษัทประกันภัยอื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรใดหรือไม่ได้แก่ (ประเทศไทย) ชื่อบริษัท .....

6) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ ทำร้ายร่างกาย

1.วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....

2.อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (ประเทศไทยโดยละเอียด) .....

ดำเนินไปและลักษณะของเหตุผล ชื่อ/ที่อยู่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับกรณี.....

3.มีการแจ้งความหรือไม่ ถ้ามี (ระบุ) วันที่ ..... สถานที่แจ้งความ .....

ก) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่าวิกาพาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1.สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค) ต้มหอมชีนอักษรเสบ

2.อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ 1 วัน

### หนังสือให้ความอ่อนโยน

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ 医師 สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ชื่อ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลเชิงภาพ ข้อมูลทันธุกรรม เชื่อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมาหรือมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทด้วยตนเองประกันชีวิตรองบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้จัดการธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ที่ปรึกษาด้านกฎหมาย ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลเชิงภาพ ข้อมูลทันธุกรรม เชื่อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ท่องเที่ยวงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยอื่น หรือต่ออบรมรักษาความปลอดภัย บุคคลที่เกี่ยวข้อง ด้วยตนเองประกันชีวิตรองบริษัท บุคคลลาภ หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้จัดการธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์จากการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยอื่น สำเนาใบหนังสือให้ความอ่อนโยนนี้ให้อ่านแล้วลงชื่อตัวยันต์ทันที

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจถ้อยคำในหนังสือที่ได้อ่านแล้วและได้อ่านและเข้าใจถ้อยคำในหนังสือที่ได้อ่านแล้ว เนื่องจากต้องดูแลดูแลของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติ ตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ ลาย แซ่บ ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความอ่อนโยน ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน

(.....) (.....) (.....)

หมายเหตุ : \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้นำเสนอบริษัทด้วยตนเอง ยกเว้นกรณีที่ได้รับอนุญาตจากผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ ผู้ให้ความอ่อนโยน ความลับที่กันไว้ .....



## ด้วยร่าง กรณี เบิกค่าตราชสูขภาพ

### แบบฟอร์มเรียกซื้อค่าเสื่อมไม้หดแทน

วันที่รับแจ้ง

สำหรับแทนอุบัติเหตุ  สำรักรษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม  สำหรับรายวัน  อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่ \_\_\_\_\_

วันที่รับแจ้งเงินสินใหม่  เช็ค  โอนเงิน ชื่อบัญชี นางสาว ใจ รัก เลขที่บัญชี 1111234567 ธนาคาร กสิกรไทย สาขา เป็นทั้ง พระราม 2

กรณีที่นาฬิกาอุบัติเหตุครุณาตอนข้อก้มและข้อ ๑ /กรณีเจ็บป่วยครุณาตอนข้อก้มและ ข้อ ๑

ก) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อที่ห้ามอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย นางสาว ใจ รัก วันที่ 23 ปี เลขที่บัตรประชาชน 1111234567891 ที่อยู่ปัจจุบัน

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ โทร. 081-487-1141 อัมส์ ที่ทำงาน

2. ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา พญาไท วันที่รับการรักษา 2 พฤษภาคม 2567 ชื่อแพทย์ผู้รักษา นายแพทัย หม่อง เก่ง

การรินิจด้วยแพทย์ ตรวจสุขภาพ การรักษาเป็นแบบ  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_ ถึง \_\_\_\_\_

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้นที่ห้ามไม่ได้หรือไม่ได้ไปประชุม \_\_\_\_\_ ไม่มี

4. ก่อนรับการรักษาในครั้นที่ห้ามโดยได้รับการรักษาจากที่อื่นมา ก่อนหรือไม่ \_\_\_\_\_ ถ้ามี (โปรดระบุ) \_\_\_\_\_

5. ท่านมีประกันภัยบิชัพประกันภัยอื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรใดหรือไม่ถ้ามี (โปรดระบุ) ชื่อบริษัท \_\_\_\_\_ เลขที่กรมธรรม์ \_\_\_\_\_

ก) กรณีเรียกซื้อค่าทดแทนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/หัวร้ายว่าถูก

1. วันที่เกิดเหตุ \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ บ. สถานที่เกิดเหตุ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ สถานที่ได้รับบาดเจ็บ \_\_\_\_\_

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดระบุโดยละเอียด) \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ สถานที่ได้รับบาดเจ็บ \_\_\_\_\_

3. มีการแจ้งความหรือไม่ \_\_\_\_\_ ถ้ามี (ระบุ) วันที่ \_\_\_\_\_ สถานที่แจ้งความ \_\_\_\_\_

ก) การแจ้งความหรือแจ้งความที่อื่น \_\_\_\_\_

1. สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและข้อโรค) \_\_\_\_\_

2. อาการเหล่านี้เป็นภาระมากที่สุด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้นนี้ \_\_\_\_\_

### หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ 医師 สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลเชิงวิชาชีพ ข้อมูลพันธุกรรม เท็จชัด และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้นที่ห้ามโดยได้รับการรักษาจากที่อื่นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทด้วยแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ดูแลการชำระเงิน เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือค่าเดินทางได้ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลเชิงวิชาชีพ ข้อมูลพันธุกรรม เท็จชัด และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อหน่วยงานที่ห้ามโดยได้รับการรักษาจากที่อื่น บุคคลที่เกี่ยวข้อง ด้วยแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลทาง หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ดูแลการชำระเงิน และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการรักษาเจ็บป่วย หรือใช้ประโยชน์จากการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยอื่นที่ สำเนาในหนังสือให้ความยินยอมนี้ได้อ่านว่ามีผลบังคับได้เป็นเดียวเด่นดับบัน

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจถ้อยความทดสอบเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทด้วยแทนเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เนื่นร่าดูถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าซึ่งได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติ ตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ ใจ รัก ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน

( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

หมายเหตุ : \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ชายให้ผู้ป่วยของบริษัทด้านความเสื่อมทั่วไป

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ให้ความยินยอม ความเสื่อมทั่วไป

\*\* กรณีลงนามโดยให้ไว้ที่พิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วน 2 ท่าน

( \_\_\_\_\_ )



หนังสือรับรองการขอรับเงิน

## ตัวอย่าง กรณี ค่ารักษาพยาบาล เจ็บป่วย ผู้ป่วยนอก

### แบบฟอร์มเรียกร้องค่าใช้จ่ายแพทย์

วันที่รับแจ้ง.....

- ค่า床鋪นอุบัติเหตุ  ค่าวิชาชีวะในโรงพยาบาลและศัลยกรรม  ค่าเชดเชยรายวัน  อื่นๆ และที่กรมธรรม์/ใบขับออกการเอาประกันภัยเลขอื่นๆ

วิธีการรับเงินลินใหม่  เช็ค  โอนเงิน ชื่อบัญชี นางสาว มัณฑ์ เลขที่บัญชี 1111234567 ธนาคาร กลการไทย สาขา เชียงใหม่ พระราม

กรณีที่บิดเจ็บจากอุบัติเหตุครุณภาพของข้อและข้อ ๑ / กรณีเจ็บป่วยครุณภาพของข้อและ ข้อ ๒

ก) กรณีเจ็บป่วยให้ทราบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย นางสาว มัณฑ์ อายุ 23 ปี เลขที่บัตรประชาชน 1111234567891 ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์มือถือ 081-487-1141 อีเมล ที่ทำงาน

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ.

2. ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา พญาไท วันที่รับการรักษา 3 ตุลาคม 2567 ชื่อแพทย์ผู้รักษา นายแพทย์ ใจ มัณฑ์

การวินิจฉัยของแพทย์ ป่วย เจ็บคอ

การรักษาเป็นแบบ  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน ตัวแปรที่ ๓

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้นนี้ท่านมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุ ไม่มี

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่ ถ้ามี (โปรดระบุ)

5. ท่านมีประกันภัยบุริษัทประกันภัยอื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรให้หรือไม่ถ้ามี (โปรดระบุ) ชื่อบริษัท เลขที่กรมธรรม์

๖) กรณีเรียกร้องค่า床鋪นอุบัติเหตุ/ ห้าร้ายร่างกาย

1. วันที่เกิดเหตุ เวลา บ. สถานที่เกิดเหตุ

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร ( โปรดระบุโดยละเอียด ) อาการที่ได้รับบาดเจ็บ

ด้านหนึ่งและลักษณะของบาดแผล ชื่อ/ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์

3. มีการแจ้งความหรือไม่ ถ้ามี (ระบุ) วันที่ สถานที่แจ้งความ

ค) กรณีเรียกร้องค่า床鋪นอุบัติเหตุ/ ห้าร้ายร่างกาย

1. สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค) ป่วย เจ็บคอ

2. อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าไหร่ ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ ๑ วัน

### หนังสือให้ความอ่อนโยน

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ 医師 สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลเชิงภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เข้าใจ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะเก็บในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทด้านประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้า ประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท แก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลเชิงภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เข้าใจ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ท่องหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยอื่น หรือต่อผู้บริษัทประกันภัยอื่น บุคคลที่เกี่ยวข้อง ด้วยเหตุประสงค์ของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยอื่น สำเนาใบหนังสือให้ความอ่อนโยนนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้เดียวกับหนังสือเดินทาง

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความดังต่อไปนี้และขอรับทราบเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เนื่องจากต้องทราบเจดีย์ของข้าพเจ้าจริงได้ก่อภัยในยามมุกพันปฏิบัติ ภาระเงื่อนไข และรับภัยปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความอ่อนโยน ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน

(.....)

(.....) (.....)



หนังสือพนักธงชัยขออนุญาตขอรับเงิน

บริษัท ดิพาย่าประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ดิพาย่าประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
ชั้นที่ 1,3,4,5 และ 6 ถนนพรานนก 9 แขวงทีศาลา  
เขตทีศาลา กรุงเทพมหานคร 10310  
Tel: 02 118 5555 Fax: 02 118 5601  
<http://www.dhipayalife.co.th>



รายละเอียดข้อมูลความเป็นส่วนตัว

## ตัวอย่าง กรณี ค่ารักษาพยาบาล อุบัติเหตุ

### แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

ค่าหอพักอุบัติเหตุ  ค่าวรักษาในโรงพยาบาลและห้องรวม  ค่าเช่าเตียงรายวัน  อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์ใบบัตรรองการเอาประกันภัยเลขที่  
วันการรับเงินสินไหม  เช็ค  โอนเงิน ชื่อบัญชี นาย หล่อ มาก เลขที่บัญชี 1111234567 ธนาคาร กสิกรไทย สาขา เชียงใหม่ พะยอม

กรณีที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุครุณาดอบซื้อกลับมา /กรณีเจ็บป่วยครุณาดอบซื้อกลับมา

ก) กรณีข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อนี้ทั้งกรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย นาย หล่อ มาก อายุ 35 ปี เลขที่บัตรประชาชน 1111234568 ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์มือถือ 081-123-1148 อีเมล ที่ทำงาน

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ

2. ชื่อสถานพยาบาลที่รับการรักษา โรงพยาบาล รามคำแหง วันที่รับการรักษา 4 ตุลาคม 2567 ชื่อแพทย์ผู้รักษา นายแพทย์ ชง ชัย

การรับนัดฉีดของแพทย์ กระดูกข้อศอกหัก การรักษาเป็นแบบ  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน ดังดังนี้ ถึง

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านไม่ประจ้าดื่นไวน์หรือไม่ดื่มน้ำประ屠ุโวค ไม่

4. ก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากองค์กรใดหรือไม่ ถ้ามี ถ้ามี (ประระบุ) ถ้าไม่ (ประระบุ)

5. ท่านมีประกันภัยบัตรพำนภัยยื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรใดหรือไม่ถ้ามี (ประระบุ) ชื่อบัตรพำนภัย เลขที่กรมธรรม์

ก) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ ทำร้ายร่างกาย

1. วันที่เกิดเหตุ 3 ตุลาคม 2567 เวลา 17.00 น. สถานที่เกิดเหตุ ห้องน้ำที่โรงแรม เวลลิงตัน

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอยู่ในประเทศไทย (ประเทศไทยและอาเซียน) ลืมเลือนในห้องน้ำ แล้วอาบน้ำอันพิบัติ ทำให้ข้อศอกหัก จังหวะที่ได้รับบาดเจ็บ ข้อศอก

ตำแหน่งและลักษณะของข้อแพลง กระดูกข้อศอกหัก ชื่อ/ที่อยู่ผู้เก็บเหตุการณ์

3. มีการแจ้งความหรือไม่ ไม่มี ถ้ามี (ระบุ) วันที่ สถานที่แจ้งความ

ก) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1.สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค)

2.อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าไร ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้

### หนังสือให้ความอ่อนโยน

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยยื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื่อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บุรุษด้วยตนเองประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้า ประกันภัย หรือผู้อื่นอ้อมรมย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เข้าช้าติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยด้วย หรือต่อบริษัทประกันภัยด้วย บุคคลที่เกี่ยวข้อง ด้วยตนเองประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้อื่นอ้อมรมย์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์จากการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยอันสําเนาในหนังสือให้ความอ่อนโยนนี้ให้ต่อไปเมื่อผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับนั้น

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความดังต่อไปนี้และรับรู้เป็นอย่างดี ข้อความดังต่อไปนี้ เป็นอย่างต่อไปโดยอีกด้วยความเจตนาของข้าพเจ้าได้ตกลงบันทึกไว้ดังนี้ คุณเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ หล่อ มาก ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความอ่อนโยน ลงชื่อ พยาน ลงชื่อ พยาน

(.....) (.....) (.....)

หมายเหตุ : \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เข้าไว้สู่บ้านหรือบ้านพักของตน กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เข้าไว้สู่บ้านพักของตน กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เข้าไว้สู่บ้านพักของตน

ลงชื่อ ผู้ให้ความอ่อนโยน ความสัมพันธ์กับผู้บ่าว .....



หนังสือในพันธมิตรของธนาคารออมสิน

## ตัวอย่าง กรณี เงินป่วย ผู้ป่วยใน

### แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

วันที่รับแจ้ง.....

ค่าทดแทนอุบัติเหตุ  ค่าวิกาณในโรงพยาบาลและศัลยกรรม  ค่าดูแลรายวัน  อื่นๆ เลขที่กรมธรรม์/ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่  
วิธีการรับเงินสินไหม  เช็ค  โอนเงิน ชื่อบัญชี นางสาว เปรี้ยว จิต เลขที่บัญชี 1111234567 ธนาคาร กลิการไทย สาขา เขื่อนทวาร พะรำ

กรณีที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อใดข้อ哪 ฯ/กรณีเงินป่วยกรุณาตอบข้อใดข้อ哪 ก

ก) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อที่ท่านอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย นางสาว เปรี้ยว จิต อายุ 23 ปี เลขที่บัตรประชาชน 1111234567891 ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์มือถือ 081-487-1141 อีเมล ที่ทำงาน

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ

2. สถานที่ทำงาน พญาไท วันที่รับการรักษา 3 ตุลาคม 2567 สืบแพทย์ผู้รักษา นายแพทย์ ใจ มั่นคง ต่อเนื่องมาเป็นแบบ  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม 2567 ถึง 5 ตุลาคม 2567

การรักษาเป็นแบบ  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม 2567 ถึง 5 ตุลาคม 2567

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ทำมีโรคประจำตัวอื่นใดหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุ ไม่มี

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากศัลย์หรือไม่ ถ้ามี (โปรดระบุ)

5. ทำมีประกันภัยบิชัพประกันภัยอื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรใดหรือไม่เจ้ามี (โปรดระบุ) ชื่อบิชัพ เลขที่กรมธรรม์

ฯ) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ หาร้ายร่างกาย

1. วันที่เกิดเหตุ \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ สถานที่เกิดเหตุ \_\_\_\_\_

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (โปรดระบุโดยละเอียด) \_\_\_\_\_ อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ \_\_\_\_\_

ดำเนินการและลักษณะของบาดแผล \_\_\_\_\_ ชื่อ/ที่อยู่ที่เห็นเหตุการณ์ \_\_\_\_\_

3. มีการแจ้งความหรือไม่ \_\_\_\_\_ ถ้ามี (ระบุ) วันที่ \_\_\_\_\_ สถานที่แจ้งความ \_\_\_\_\_

ค) กรณีเรียกร้องค่าทดแทนค่าวิกาณพยาบาลจากการเจ็บป่วย

1. สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและข้อโรค) ต่อเนื่องมาเป็นอักเสบ

2. อาการเหล่านี้เป็นนานาเท่ากัน ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ 1 วัน

### หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ 医师 สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลเชิงภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื่อหาด และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทด้วยตนเอง ประจำชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลเชิงภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื่อหาด และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยอื่น หรือต่อบริษัทประกันภัยอื่น บุคคลที่เกี่ยวข้อง ด้วยตนเอง ประจำชีวิตของบริษัท บุคคลภารกิจ หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์จากการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยอื่น สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้อ่านมีผลบังคับได้ เช่นเดียวกับฉบับบันบัด不起

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจถึงความลดลงเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดรวมถึงแล้ว เก็บไว้ถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ทดลองยินยอมผูกพันปฏิบัติ ตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน

(.....)

(.....)

(.....)



## ตัวอย่างกรณี เรียกร้อง ทำฟัน

### แบบฟอร์มเรียกร้องค่าเสื่อมในทันที

วันที่รับแจ้ง.....

ค่าทันที  ค่าวิกาษในโรงพยาบาลและศัลยกรรม  ค่าเชดเทียมวัน  อื่นๆ เสื่อมธรรมในปรับปรุงการเอาประกันภัยเลขที่  
วิธีการรับเงินสินไทย  เช็ค  โอนเงิน ชื่อบัญชี นางสาว เปรี้ยว จิต เลขที่บัญชี 1111111111 กสิกรไทย สาขา ไฟเซอร์ พาร์ค ชั้นลิฟ

กรณีที่บาดเจ็บจากอุบัติเหตุกรุณาตอบข้อและข้อ ข / กรณีเจ็บป่วยกรุณาตอบข้อและข้อ ค

ก) กรอกข้อมูลให้ครบถ้วนในข้อที่ห้ากรณีอุบัติเหตุและเจ็บป่วย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย นางสาว เปรี้ยว จิต

อายุ .....

ปี เลขที่บัตรประชาชน .....

. ต่ออยู่ปัจจุบัน

โทรศัพท์มือถือ 081-111-1234 อีเมล .....

ที่ทำงาน .....

อาชีพและลักษณะงานที่รับผิดชอบ.....

โรงพยาบาล พญาไท 1

วันที่รับการรักษา 1 ตุลาคม 2567

ชื่อแพทย์ผู้รักษา นายแพที่ หมวด ดี

การวินิจฉัยของแพทย์ เห็นอกอักเสบ

การรักษาเป็นแบบ  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน ตั้งแต่วันที่ ..... ถึง .....

3. ขณะเข้ารับการรักษาครั้นท่านมีโรคประจำตัวสืบทอดหรือไม่ถ้ามีโปรดระบุ

4. ก่อนรับการรักษาในครั้งนี้ท่านเคยได้รับการรักษาจากที่อื่นมาก่อนหรือไม่ ไม่ ถ้ามี (โปรดระบุ) .....

5. ท่านมีประกันบัตรบิชท์ประกันภัยอื่น หรือมีสวัสดิการจากองค์กรใดหรือไม่ อื่นๆ (โปรดระบุ) ชื่อบริษัท .....

6) กรณีเรียกร้องค่าทันทีกรณีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ ทำร้ายร่างกาย

1. วันที่เกิดเหตุ ..... เวลา ..... บ. สถานที่เกิดเหตุ .....

2. อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร ( โปรดระบุโดยละเอียด ) .....

อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ .....

ดำเนินการและลักษณะของบาดแผล .....

ชื่อ/ที่อยู่ผู้เดินทางมาลงบันทึกการณ์ .....

3. มีการแจ้งความหรือไม่ ถ้ามี (ระบุ) วันที่ ..... สถานที่แจ้งความ .....

ค) กรณีเรียกร้องค่าทันทีกรณีการบาดเจ็บจากอาการเจ็บป่วย

1.สาเหตุของการเจ็บป่วย (ระบุอาการและชื่อโรค) เห็นอกอักเสบ

2.อาการเหล่านี้เป็นนานาทั่วไป ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ .....

### หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ 医师 สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ หลักทรัพย์ทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื่อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมาหรือมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทด้านประกันชีวภาพของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้า ประกันภัย หรือผู้ดูแลกรรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ หลักทรัพย์ทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื่อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ท่องเที่ยวงานที่มีอากาศตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ด้วยแผนประกันชีวภาพของบริษัท บุคคลภารกิจ หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ดูแลกรรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์จากการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยอื่น สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เข้าเดียวกันตันตั้งบัน

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจถ้อยความหลักฐานเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทด้านเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจริงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และไว้เป็นบันทึกของบริษัทฯ ทุกประการ

เบรี้ยว จิต ผู้เอาประกันภัย/ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ ..... พยาน ลงชื่อ ..... พยาน

( นางสาว เปรี้ยว จิต )

( ) ( )