



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (BKI FORM)

- ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล  ค่ารักษาพยาบาล (อุบัติเหตุ)  ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง  
 ค่าชดเชยการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง  สูญเสียอวัยวะ  เสียชีวิต

1. ชื่อ/สกุล ของผู้เอาประกันภัย ..... เพศ ..... อายุ ..... ปี  
หมายเลขบัตรประชาชน ..... วันเดือนปีเกิด...../...../..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....  
.....  
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร..... โทรศัพท์ที่บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....  
เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... เลขที่อ้างอิง.....

2. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้  ผู้ป่วยนอก  ผู้ป่วยใน  ICU  อื่น ๆ  
2.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารับรักษา...../...../..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล...../...../.....  
2.2 อาการเจ็บป่วย.....  
2.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....  
2.4 ท่านเคยได้รับการรักษา/ วินิจฉัยด้วยสาเหตุ/ อาการ/ โรค เดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่อย่างไร.....  
ถ้าเคย กรุณาระบุ โรงพยาบาล..... วันที่...../...../..... รักษาโดย  การใส่ยา  การผ่าตัด  นัดตรวจเพิ่มเติม  
2.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระยะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล.....  
2.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....  
2.6 ได้รับการรักษาโรคโดย  การใส่ยา  การผ่าตัด (ระบุ).....  อื่น ๆ (ระบุ).....

3. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ: เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/การรักษาพยาบาล กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้  
3.1 สถานที่เกิดเหตุ ..... วันที่เกิดเหตุ...../...../..... เวลา.....  
3.2 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด) .....  
.....  
3.3 ชื่อผู้เห็นเหตุการณ์..... ที่อยู่..... โทรศัพท์ .....  
3.4 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดแผล .....  
3.5 วิธีการรักษา .....  
3.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา...../...../.....  
3.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา .....  
3.8 มีการแจ้งความหรือไม่  ไม่มี  มี ณ สถานีตำรวจ ..... เมื่อวันที่...../...../.....  
3.9 วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย .....  
3.10 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่  เอ็กซเรย์  ตรวจหัวใจ  ตรวจเลือด  อื่น ๆ (ระบุ) .....  
3.11 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด) .....

