



# บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) Bangkok Insurance Public Company Limited

## แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ( BKI FORM )

- ค่าชดเชยรายได้ขั้นตอนเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล       ค่ารักษาพยาบาล (อุบัติเหตุ)       ทุพพลภาพถาวรสืบเชิง

ค่าชดเชยการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง       สูญเสียอวัยวะ       เสียชีวิต

1. ชื่อ/สกุล ของผู้ءาประกันภัย .....	เพศ ..... อายุ ..... ปี
หมายเลขอับดูรัฐประชาน .....	วันเดือนปีเกิด...../...../..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....	โทรศัพท์..... โทรศัพท์ที่บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
เรียกว่าองค์กรที่ให้บริการได้รับการรับรองประกันภัยเลขที่..... เลขที่อ้างอิง.....	
<b>2. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้</b> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> อื่นๆ	
2.1 ชื่อโรงพยาบาล.....	วันที่เข้ารักษา ...../...../..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล ...../...../.....
2.2 อาการเจ็บป่วย.....	
2.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นนานเท่าไหร่ ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....	
2.4 ท่านเคยได้รับการรักษา/วินิจฉัยด้วยสาเหตุ/อาการ/โรค เดิมกันนี้มาก่อนหรือไม่อย่างไร..... ถ้าเคยกรุณาระบุ โรงพยาบาล..... วันที่...../...../..... รักษาโดย <input type="checkbox"/> การใช้ยา <input type="checkbox"/> การผ่าตัด <input type="checkbox"/> นัดตรวจเพิ่มเติม	
2.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....	
2.6 ได้รับการรักษาโดย <input type="checkbox"/> การใช้ยา <input type="checkbox"/> การผ่าตัด (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....
<b>3. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ: เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/การรักษาพยาบาล กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้</b>	
3.1 สถานที่เกิดเหตุ .....	วันที่เกิดเหตุ...../...../..... เวลา.....
3.2 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด) .....	
3.3 ชื่อผู้เห็นเหตุการณ์.....	ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
3.4 วิชาชีพที่บ้าดเจ็บและลักษณะบาดแผล .....	
3.5 วิธีการรักษา .....	
3.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา.....	วันที่ทำการรักษา ...../...../.....
3.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา .....	
3.8 มีการแจ้งความหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ณ สถานที่ตำรวจ .....	เมื่อวันที่ ...../...../.....
3.9 วันที่ได้รับการรักษาครั้งสุดท้าย .....	
3.10 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> เอ็กซเรย์ <input type="checkbox"/> ตรวจหัวใจ <input type="checkbox"/> ตรวจเลือด <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ) .....	
3.11 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด) .....	



# บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) Bangkok Insurance Public Company Limited

4. กรณีที่เป็นสครี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีการตั้งครรภ์หรือไม่ ..... อายุครรภ์ ..... สัปดาห์
5. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น หรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์ .....
6. ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย
<input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใด ๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นการรับผิดชอบของข้าพเจ้า)
ประเภทบัญชี : <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน ชื่อบัญชี ..... สาขา .....
ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี.....
*** พร้อมนี้ให้ถ่ายสำเนาสมุดคู่ฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วย ***

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีการบันทึกเรื่องราว การเงินป่วย หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท กรุงเทพประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้ตามกฎหมายและสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ ..... ผู้ทำการแทน      ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย

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

วันที่ ...../...../..... วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ์ ..... (เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่มีอยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

## เอกสารพื้นฐานที่ใช้ประกอบการพิจารณา

- 1. สำเนาระบบประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
- 2. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- 3. ใบรายงานทางการแพทย์ ตามแบบฟอร์มของบริษัท
- 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวข้าราชการ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
- 5. สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี ของสำนักงานตำรวจน้ำที่ตั้ง รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจน้ำ / รายงานการตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ ในเลือดจากสถาบันนิติเวช / ผลการตรวจชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)

## เอกสารเพิ่มเติมที่ใช้ประกอบการพิจารณา

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ชดเชยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล

สำเนาใบเสร็จรับเงินและใบสรุประยการค่ารักษาพยาบาล

ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ

รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์การเดินชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ชดเชยโรคร้ายแรง

สำเนาใบชันสูตรพลิกสภาพและสำเนาใบมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย

ผลตรวจชิ้นเนื้อ/ CT scan/ X-Ray/ LAB

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์

ประวัติการรักษาและผลตรวจอื่นๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค

พื้นสินไหมอุบัติเหตุส่วนบุคคลและสุขภาพ บมจ.กรุงเทพประกันภัย 25 ถนนสุขุมวิท แขวงทุ่ง模范村 เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร 0-2285-8888 โทรสาร 0-2610-2128