

1.ชื่อผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์เลขที่

ชื่อ-นามสกุล				ชื่อ-นามสกุลเดิม (ถ้ามี)				อายุ	ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่	อาคาร	ชั้น	หมู่	ถนน				
แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ		จังหวัด	รหัสไปรษณีย์					
โทรศัพท์	ต่อ								
อาชีพ	ตำแหน่งหน้าที่การงานครั้งสุดท้าย								
ชื่อสถานที่ทำงานปัจจุบัน	โทรศัพท์		ต่อ						

ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิตหรือประกันภัยกับบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

บริษัทประกันภัย	กรมธรรม์เลขที่	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

2.กรณีมรณกรรมผิดธรรมชาติ ☐ อุบัติเหตุ ☐ ฆาตกรรม ☐ อัดตวินาศกรรม ☐ อื่น ๆ

การเกิดเหตุ	ด้วยสาเหตุ		
โดยมีอาการบาดเจ็บ	เมื่อวันที่	/	/
เวลา	น.	เหตุเกิดที่	
ถนน	แขวง/ตำบล	เขต/อำเภอ	จังหวัด
ผู้เอาประกันภัยถึงแก่กรรมที่	☐ สถานที่เกิดเหตุ	☐ โรงพยาบาล	☐ บ้าน ☐ อื่น ๆ
มีการแจ้งความที่สถานีตำรวจ	เมื่อวันที่	/	/

3.กรณีมรณกรรมตามธรรมชาติ

ถึงแก่กรรมด้วยโรค	อาการเจ็บป่วย		
เจ็บป่วยมานาน	ปี	เดือน	สถานที่รักษาครั้งสุดท้าย
วันที่เข้า	/	/	เวลา
วันที่ออก	/	/	เวลา
ชื่อแพทย์ผู้รักษา	สถานที่รักษาอาการดังกล่าวมาก่อน		
วันที่รักษา	/	/	
ผู้เอาประกันภัยได้พูดถึงอาการเจ็บป่วย หรือมีอาการเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรกเมื่อวันที่	/	/	
อาการที่สังเกตเห็น			

4.ผู้รับผลประโยชน์

ชื่อ-นามสกุล	ชื่อ-นามสกุลเดิม (ถ้ามี)			อายุ	ปี
ปีที่อยู่	เลขที่	อาคาร	ชั้น	หมู่	ถนน
ปัจจุบัน	เขต/อำเภอ		จังหวัด	รหัสไปรษณีย์	
แขวง/ตำบล					
โทรศัพท์	ต่อ		ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน		
อาชีพ	สถานที่ทำงานปัจจุบัน		โทรศัพท์		
ท่านเป็นผู้รับผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่, โปรดระบุสิทธิ					

หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล คลินิก โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลากรทางการแพทย์อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาผู้เอาประกันภัยที่ปรากฏชื่อข้างต้นมีอำนาจแจ้งถึงการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติการรักษาทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ในสิ่งยา ใบสั่งให้ทำการรักษา สาเนาบันทึกของสถานพยาบาล คลินิก โรงพยาบาลหรือบันทึกทางการแพทย์ ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบ ผลเลือด และการตรวจรักษาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ผ่านมาทั้งหมดของผู้เอาประกันภัยดังกล่าวต่อ บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) และ / หรือตัวแทนของบริษัท โดยให้ถือว่าสำเนาของคำร้องและหนังสือยินยอมนี้มีผลบังคับได้สมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดครบถ้วนเป็นอย่างดี และตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ..... ทายาทผู้เอาประกัน
(.....) ความสัมพันธ์.....
วันที่...../...../.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ที่ได้ลงและส่งมอบให้แก่บริษัทถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ และเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดครบถ้วนเป็นอย่างดี และตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์

(.....)

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่รับเอกสาร...../...../.....

ชื่อผู้รับ.....

คำร้อง เรียกร้องสินไหมทดแทน

1.ชื่อผู้เอาประกันภัย

☐ สูญเสียอวัยวะ

☐ ทพพลภาพ

☐ ขดเขยคำรักษาพยาบาล

กรมธรรม์เลขที่

ชื่อ-นามสกุล _____ ชื่อ-นามสกุลเดิม (ถ้ามี) _____ อายุ _____ ปี
 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ _____ อาคาร _____ ชั้น _____ หมู่ _____ ถนน _____
 แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
 โทรศัพท์ _____ ต่อ _____
 ชื่อสถานที่ทำงาน _____ โทรศัพท์ _____ ต่อ _____

ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิตหรือประกันภัยกับบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

บริษัทประกันภัย	กรมธรรม์เลขที่	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

2.การเกิดเหตุ (กรณีอุบัติเหตุ/ถูกทำร้ายร่างกาย)

การเกิดเหตุ _____ ด้วยสาเหตุ _____
 ตำแหน่งที่บาดเจ็บ _____ ลักษณะของบาดแผล _____
 เวลา _____ น. เหตุเกิดที่ _____
 ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____
 มีการแจ้งความที่สถานีตำรวจ _____ เมื่อวันที่ ____ / ____ / ____

3.การเจ็บป่วย (กรณีเจ็บป่วย)

อาการเจ็บป่วย _____
 โรคที่รักษา _____
 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาคั้งนี้ _____ ปี _____ เดือน

4.การรักษาพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาลที่รักษา _____ ชื่อแพทย์ผู้รักษา _____
 การวินิจฉัยของแพทย์ _____
 วันที่เข้ารักษา ____ / ____ / ____ เวลา _____ น.
 เคยตรวจรักษามาก่อนที่ _____ เมื่อวันที่ ____ / ____ / ____

5.ค่ารักษาพยาบาล

จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลที่ได้ชำระรวมทั้งสิ้น _____ บาท ใบเสร็จรับเงิน _____ ฉบับ
 ข้าพเจ้าขอส่งมอบหลักฐานเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน รวมทั้งสิ้น _____ ฉบับ

หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาล

ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานพยาบาล คลินิก โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาผู้เอาประกันภัยที่ปรากฏชื่อข้างต้นมีอำนาจแจ้งถึงการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติการรักษาทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบสั่งยา ใบสั่งให้ทำการรักษา สำหรับบันทึกของสถานพยาบาล คลินิก โรงพยาบาลหรือบันทึกทางการแพทย์ ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบ ผลเลือด และการตรวจรักษาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องที่ผ่านมาทั้งหมดของผู้เอาประกันภัยดังกล่าวต่อ บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) และ / หรือตัวแทนของบริษัท โดยให้ถือว่าสำเนารูปถ่ายของคำร้องและหนังสือยินยอมนี้มีผลบังคับใช้ได้สมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดครบถ้วนเป็นอย่างดี และตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกัน
 (.....)
 วันที่...../...../.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ที่ได้แถลงและส่งมอบให้แก่บริษัทถูกต้อง เป็นความจริงทุกประการ และเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดครบถ้วน เป็นอย่างดี และตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน
 (.....)

วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่รับเอกสาร...../...../.....

ชื่อผู้รับ.....