

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนภาพสิ้นเชิงถาวร/ยกเว้นชำระเบี้ยประกันภัย

<p>1. รายละเอียดของผู้เอาประกันภัยผู้ชำระเบี้ยประกันภัย</p> <p>ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี</p> <p>หมายเลขประจำตัวประชาชน.....อาชีพ.....</p> <p>ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมู่ที่.....ถนน.....</p> <p>ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....</p> <p>จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....</p> <p>โทรศัพท์.....โทรสาร.....</p>		<p>กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....</p> <p>.....</p> <p>ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่.....</p> <p>.....</p> <p>จำนวนเงินเอาประกันภัย.....</p> <p>.....</p>													
<p>2. รายละเอียดการทดแทนภาพ</p> <p>วันที่เริ่มทดแทนภาพ.....สาเหตุการทดแทนภาพ.....</p> <p>ลักษณะการทดแทนภาพ.....</p> <p>ท่านสามารถประกอบอาชีพอื่น ๆ นอกจากอาชีพประจำได้หรือไม่.....ถ้าได้โปรดระบุรายละเอียดอาชีพ.....</p>															
<p>3. รายละเอียดการรักษา</p> <p>ชื่อแพทย์.....สถานพยาบาล.....</p> <p>วันที่เริ่มรักษา.....วันสุดท้ายที่รักษา.....สาเหตุการเจ็บป่วย.....</p> <p>ชื่อแพทย์.....สถานพยาบาล.....</p> <p>วันที่เริ่มรักษา.....วันสุดท้ายที่รักษา.....สาเหตุการเจ็บป่วย.....</p> <p>ขณะนี้ยังทำการรักษาอยู่หรือไม่ ถ้ายังคงรักษาโปรดระบุวิธีการรักษา.....</p> <p>.....</p>															
<p>4. รายละเอียดการประกันภัยกับบริษัทอื่น ๆ (ถ้ามี)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ชื่อบริษัทประกัน</th> <th>หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัย</th> <th>วันเริ่มสัญญา</th> <th>จำนวนเงินเอาประกันภัย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>				ชื่อบริษัทประกัน	หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัย	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย
ชื่อบริษัทประกัน	หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัย	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย												
.....												
.....												
<p>5. จัดส่งเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนภาพถาวรสิ้นเชิง ดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนภาพสิ้นเชิงถาวร <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรายงานแพทย์ประเมินการทดแทนภาพ <input type="checkbox"/> อื่นๆ เช่น ภาพถ่ายอาการปัจจุบัน, สำเนาประวัติการรักษา, फिल्मเอกซเรย์ (กรณีสูญเสียอวัยวะ)</p>															

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อเท็จจริงตามแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่ บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดอย่างดี และถูกต้องตรงตามความจริงทุกประการ

➔ ลงชื่อ ลงชื่อ ลงชื่อ

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

ผู้เอาประกันภัย / ผู้ทำการแทน พยาน พยาน

วันที่ วันที่ วันที่

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์การสถาบันที่ทำการตรวจรักษาทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดแก่ บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมายใด หนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

➔ผู้ให้ความยินยอม/ผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน วันที่.....