



บริษัท ซิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ทะเบียนเลขที่ 0107540000090

ชั้น 7 และ ชั้น 10 อาคารคิวเฮาส์เฟลนิจิต เลขที่ 598 ถนนเฟลนิจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ศูนย์บริการลูกค้า โทร.1758 / 02-763-0000 /บริการออนไลน์ซิกน่า อี-เซอร์วิส www.Cigna.co.th / Email: Cigna.customerservice@Cigna.com

แบบแจ้งเรียกร้องสินไหมทดแทน

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล (กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ)

<p>1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย..... เพศ..... อายุ.....ปี อาชีพ..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... โทรศัพท์ อีเมล เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่</p>
<p>2. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ (กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ) () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ..... 2.1 ชื่อโรงพยาบาล วันที่เข้ารับรักษา วันที่ออกจากโรงพยาบาล..... 2.2 อาการเจ็บป่วย..... 2.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล..... 2.4 ท่านเคยเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยนี้จากสถานพยาบาลอื่นๆ หรือไม่ () ไม่มี () มี กรุณาระบุชื่อโรงพยาบาล..... 2.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์ชื่อแพทย์ผู้รักษา..... 2.6 ได้รับการรักษาโดย () การใส่ยา () การผ่าตัด (ระบุ)..... () อื่น ๆ (ระบุ)</p>
<p>3. กรณีอุบัติเหตุ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ (กรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ) () เสียชีวิต () สูญเสียอวัยวะ สายตา () ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง () ชดเชยรายได้จากการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ () ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ 3.1 สถานที่เกิดเหตุ 3.2 วันที่เกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ 3.3 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด) 3.4 ชื่อผู้เห็นเหตุการณ์ ที่อยู่..... โทรศัพท์ 3.5 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดแผล..... 3.6 มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ เมื่อวันที่ 3.7 ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา วันที่ทำการรักษา 3.8 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์ชื่อแพทย์ผู้รักษา..... 3.9 วิธีการรักษา..... 3.10 วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย 3.11 อาการหรือการบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด).....</p>
<p>4. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่ อายุครรภ์สัปดาห์</p>
<p>5. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์</p>

โปรดลงลายมือชื่อด้านล่าง



บริษัท ชิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน)

ทะเบียนเลขที่ 0107540000090

ชั้น 7 และ ชั้น 10 อาคารคิวเฮ้าส์เฟลีนิจิต เลขที่ 598 ถนนเฟลีนิจิต แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ศูนย์บริการลูกค้า โทร.1758 / 02-763-0000 /บริการออนไลน์ชิกน่า อี-เซอร์วิส www.Cigna.co.th / Email: Cigna.customerservice@Cigna.com

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ชิกน่าประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย
(.....) (.....)

วันที่/...../..... วันที่/...../.....

ความสัมพันธ์

ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย

โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า

ประเภทบัญชี: ออมทรัพย์ (เท่านั้น)

ชื่อธนาคาร สาขา

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

**** พร้อมกันนี้ กรุณาส่งสำเนาสมุดคู่ฝากธนาคาร และรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วยทุกครั้ง ****

แนบเอกสารที่ใช้ได้ประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว ดังนี้

- สำเนาหน้าตารางกรมธรรม์ประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้อง
- ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (สามารถใช้สำเนาใบเสร็จรับเงินหรือแบบสรุปค่ารักษาพยาบาลที่รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงินของโรงพยาบาลพร้อมประทับตราโรงพยาบาล กรณีที่ข้อความคุ้มครองแบบชัดเจนรายได้)
- ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษาตามแบบฟอร์มของบริษัท
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / บัตรประจำตัวข้าราชการ รับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาเอกสารรายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดีของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ รับรองสำเนาถูกต้องโดยพนักงานตำรวจ (ถ้ามี)
- รายงานผลการตรวจแอลกอฮอล์ในเลือดจากสถาบันนิติเวช / พนักงานตำรวจ (ถ้ามี)
- สำเนาสมุดคู่ฝากธนาคาร (กรณีเลือกรับค่าสินไหม โดยการ โอนเงิน)

หมายเหตุ 1. บริษัทจะพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนเฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันผู้รับผลประโยชน์/ผู้แทนแนบเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วนแล้วเท่านั้น

2. การจ่ายค่าสินไหมทดแทนจะเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์

กรณีเสียชีวิต ผู้รับประโยชน์ กรุณาลงลายมือชื่อให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ลงชื่อ ผู้รับประโยชน์ คนที่ 1
(.....)

วันที่/...../.....

ความสัมพันธ์

ลงชื่อ ผู้รับประโยชน์ คนที่ 2
(.....)

วันที่/...../.....

ความสัมพันธ์

ลงชื่อ ผู้รับประโยชน์ คนที่ 3
(.....)

วันที่/...../.....

ความสัมพันธ์



**** กรุณาส่งเอกสารเรียกเรื่องค่าสินไหมทดแทนผ่านช่องทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ด้านล่าง ****

**บริษัท ชิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
ตู้ ปณ. 112 ปณศ. รongเมือง กรุงเทพฯ 10330**