สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

ไทยประกันภัย
Thai Insurance | Since 1938

บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
34/3 อาคารไทยประกันภัย
ซอยหลังสวน ถนนเพลินจิต แขวงลุมพินี
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์ : 0 2613 0100
โทรสาร : 0 2652 2872
TIC Call Center : 0 2613 0123
ทะเบียนเลขที่ 0107536000820

The Thai Insurance Plc.
34/3 Thai Insurance Bldg.
Soi Langsuan, Ploenchit Rd., Lumpini,
Patumwan, Bangkok 10330, Thailand
Tel : +66 2613 0100
Fax : +66 2652 2872
E-mail : tic@thailns.com
http://www.thailns.com

แบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีผลประโยชน์ COVID-19

ส่วนที่ 1: รายละเอียดผู้เอาประกันภัย กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

1. หมายเลขกรมธรรม์ 001D/PP10-21-02985 วันหมดอายุกรมธรรม์ 3/05/2021-3/05/2022
2. ชื่อ-สกุลของผู้เอาประกันภัย .....อาชีพ..... อายุ.....ปี
3. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง.....
4. ที่อยู่ปัจจุบัน.....
5. โทรศัพท์มือถือ .....อีเมล์.....
6. กรณีเดินทางไป-กลับต่างประเทศ ล่าสุดท่านเดินทางไปยังประเทศ..... เดินทางจากประเทศ.....

   วันที่เดินทาง..... เวลา..... วันที่เดินทางกลับ..... เวลา.....
7. บริษัทประกันภัยอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2: รายละเอียดการเจ็บป่วย

<u>กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)</u>

1. วันที่เกิดอาการเจ็บป่วยครั้งแรก .....วันที่ตรวจเจอเชื้อ COVID-19 .....สถานที่/โรงพยาบาล.....
2. ลักษณะอาการเจ็บป่วย.....
3. ท่านเคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ ..... ถ้าเคย โปรดระบุโรงพยาบาล .....

   วันที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล.....วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....

<u>กรณีแพ้วัคซีน COVID-19</u>

1. วัคซีนที่ได้รับ.....วันที่ฉีดวัคซีน.....สถานที่/โรงพยาบาล.....
2. อาการหลังได้รับวัคซีน.....
3. ท่านเคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ ..... ถ้าเคย โปรดระบุโรงพยาบาล .....

   วันที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล.....วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....

<u>กรณีเสียชีวิต</u>

เสียชีวิตเมื่อวันที่ ..... เวลา ..... สถานที่เสียชีวิต .....

ข้าพเจ้าขอรับค่าสินไหมทดแทนโดย

☐ โอนเงินเข้าบัญชี พร้อมแนบสำเนาหน้าบัญชี

☐ เช็ค ระบุชื่อสถานที่จัดส่ง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ **บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน)** หรือผู้ที่ได้รับหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้อง วันที่ .....