



แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim Form) บัตรเดบิต พลัส (SCB Debit Plus Card)

ค่ารักษาพยาบาล เสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ ทูพพลภาพสิ้นเชิงถาวร

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....เพศ ชาย หญิง
ที่อยู่(สามารถติดต่อได้).....โทรศัพท์

2. รายละเอียดการประสบอุบัติเหตุ วันที่เกิดเหตุ...../...../.....เวลา.....น.
สถานที่เกิดเหตุ.....
บรรยายการเกิดอุบัติเหตุโดยละเอียด.....

อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ
 ไม่ได้แจ้งความ แจ้งความ ที่สถานีตำรวจ.....วันที่.....เวลา.....

3. เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วย นอก ใน ตั้งแต่วันที่/...../.....ถึงวันที่...../...../..... รวมวัน
ชื่อสถานพยาบาล.....จังหวัด.....ค่ารักษาพยาบาล.....บาท

4. รายละเอียดกรณีประสบอุบัติเหตุภัยจากยานพาหนะ (ถ้ามี)
ขณะเกิดเหตุผู้ประสบภัยเป็นผู้ ขับขี่ โดยสาร ใช้ทางเท้า ประเภทของยานพาหนะ.....
ยี่ห้อ.....หมายเลขทะเบียน.....จังหวัด.....ยานพาหนะมีประกันภัยหรือไม่ ไม่มี มี
มีประกันภัยที่.....เลขที่กรมธรรม์.....ท่านเป็นฝ่าย ผิด ถูก รอดคดี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลและรายละเอียดข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์กรสถาบัน หรือบุคคลใดที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ตลอดจนการรักษา ทั้งหมดแก่ บริษัท ไทยพาณิชย์สามัคคีประกันภัย จำกัด หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารที่ใช้ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ดังนี้

- สำเนาบัตรเดบิต พลัส
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาบัตรที่ราชการออกให้
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ถือบัตรเดบิต พลัสและผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้รับประโยชน์อายุน้อยกว่า 15 ปี ให้ใช้สำเนาสูติบัตร)
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถือบัตรเดบิต พลัส
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ หรือใบเสร็จรับเงินที่มีการประทับตรารับรองการขอใช้จากบริษัทประกันภัยอื่น หรือสวัสดิการของรัฐ
- ใบรับรองแพทย์
- ใบรับรองแพทย์ที่ยืนยันผลทูพพลภาพหรือสูญเสียอวัยวะ
- รูปถ่ายผู้ถือบัตรเดบิต พลัส หลังจากทูพพลภาพหรือสูญเสียอวัยวะ
- สำเนานบันทึกประจำวันของเจ้าพนักงานตำรวจ
- สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ (กรณีเสียชีวิต)
- สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกันภัย (กรณีเสียชีวิต)

ลงชื่อ ผู้ได้รับความคุ้มครองหรือผู้รับผลประโยชน์หรือทายาท (กรณี ผู้ได้รับความคุ้มครอง ไม่อาจลงนามได้)

(.....)

วันที่ /..... /.....

