

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีค่าตรวจเชื้อโควิดบุคคลในครอบครัว

1. ข้อมูลผู้เอาประกัน

ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย โทรศัพท์มือถือ.....

กรุณากรอกข้อมูลธนาคารของผู้เอาประกันภัย หรือ แนนำหน้าสมุดธนาคาร

ชื่อธนาคาร.....สาขา.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

2. รายละเอียดการติดเชื้อโควิด

2.1 สถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยตรวจพบการติดเชื้อโควิด (พร้อมแนบสำเนา)

.....วันที่ตรวจพบเชื้อ.....

2.2 ความสัมพันธ์ของผู้เข้ารับการตรวจกับผู้เอาประกันภัย (ระบุรายละเอียด).....

.....
.....
.....

2.3 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการตรวจ.....วันที่ทำการตรวจ.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ แจ้งผลการพิจารณาด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-MAIL, LINE , SMS หรือช่องทางอื่นใดที่กำหนดไว้ในกฎหมาย) ข้าพเจ้ารับทราบจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่...../...../.....