



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

( ) ค่ารักษาพยาบาล ( ) ค่ารักษาทันตกรรม ( ) ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
( ) เสียชีวิต ( ) เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ( ) ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ( ) สูญเสียอวัยวะ ( ) ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว ( ) อื่นๆ.....

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล

Form with 6 main sections for claim details, hospital information, medical history, and contact info.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราว
การเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของ
หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน.....ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย
(.....) (.....)
วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ..... ติดต่อ คุณณิชนกานต์ สุภาพพร เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป สำนักงานบริหารทรัพยากรบุคคล สถาบันเทคโนโลยี-
(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้) พระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง 02 329 8000 ต่อ 3273

