

บริษัท เออร์โกประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)



เอกสารและขั้นตอนการขอเบิกค่าสินไหมทดแทน สำหรับ สมาชิกสหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (สร.กฟผ.)

เอกสารที่ใช้เบิกค่าสินไหมกรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

เอกสารของผู้เอาประกันภัย

- 1 กรอกแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- 2 สำเนาบัตรประชาชน (เซ็นรับรอง)
- 3 สำเนาทะเบียนบ้าน "ประทับตาย" (เซ็นรับรอง)
- 4 สำเนาใบมรณะบัตร (เซ็นรับรอง)
- 5 หนังสือรับรองการตาย (จากโรงพยาบาล) (เซ็นรับรอง)
- 6 สำเนาทะเบียนประจำวันตำรวจ ณ วันที่เกิดเหตุ
- 7 รายงานการชันสูตรพลิกศพด้านหน้า-ด้านหลัง / รายงานการผ่าพิสูจน์ศพ (กรณีมีส่งผ่าชันสูตร)

เอกสารที่ใช้เบิกค่าสินไหมค่าปลงศพ

เอกสารของผู้เอาประกันภัย

- 1 กรอกแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- 2 สำเนาบัตรประชาชน (เซ็นรับรอง)
- 3 สำเนาทะเบียนบ้าน "ประทับตาย" (เซ็นรับรอง)
- 4 สำเนาใบมรณะบัตร (เซ็นรับรอง)
- 5 หนังสือรับรองการตาย (จากโรงพยาบาล) (เซ็นรับรอง)

ของผู้รับผลประโยชน์

- 1 สำเนาบัตรประชาชน (เซ็นรับรอง)
- 2 สำเนาทะเบียนบ้าน (เซ็นรับรอง)
- 3 ทะเบียนสมรส กรณีเป็นสามีภรรยา (เซ็นรับรอง)
- 4 สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (เซ็นรับรอง)

ของผู้รับผลประโยชน์

- 1 สำเนาบัตรประชาชน (เซ็นรับรอง)
- 2 สำเนาทะเบียนบ้าน (เซ็นรับรอง)
- 3 ทะเบียนสมรส กรณีเป็นสามีภรรยา (เซ็นรับรอง)
- 4 สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (เซ็นรับรอง)

เอกสารที่ใช้เบิกค่าสินไหมกรณีเบิกค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ

เอกสารของผู้เอาประกันภัย

- 1 กรอกแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- 2 ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง)
- 3 ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง)
- 4 สำเนาบัตรประชาชน (เซ็นรับรอง)
- 5 สำเนาทะเบียนบ้าน (เซ็นรับรอง)
- 6 สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (เซ็นรับรอง)

นำส่งเอกสารให้บริษัท

คุณจวีร์พร ขอพรกลาง

บริษัท เออร์โกประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

(แผนกอุบัติเหตุทั่วไป ชั้น 20)

126/2 ถนนกรุงธนบุรี แขวงบางลำภูล่าง เขตคลองสาน จังหวัดกรุงเทพมหานคร

เบอร์โทรศัพท์ 02-820-7000 ต่อ 2098 Call Center 1219

สอบถามเพิ่มเติม

คุณสุภาพร แก้วสูงเนิน

แผนกตลาดสัมพันธ์

เบอร์มือถือ 085-1141366 ID Line : 0851141366

บริษัท เออร์โกประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

- ค่ารักษาพยาบาล ค่ารักษาทันตกรรม ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
 เสียชีวิต เจ็บป่วยโรคร้ายแรง ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง สูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว อื่นๆ.....

สำหรับ ผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล

<p>1 ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน เพศ..... อายุ..... ปี อาชีพ.....</p> <p>สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....</p> <p>เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....</p>
<p>2 กรณีเข้ารับรักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาแนบสำเนาสมุดรายนามพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน)</p> <p>โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... สาขา.....</p> <p>ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....</p>
<p>3 กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p>3.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารักษา..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....</p> <p>3.2 อาการเจ็บป่วย.....</p> <p>3.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....</p> <p>3.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล..... แผนกที่เข้ารับการรักษา.....</p> <p>3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....</p> <p>3.6 ได้รับการรักษาโดย <input type="checkbox"/> การฉายยา <input type="checkbox"/> การผ่าตัด (ระบุ)..... 5 อื่นๆ (ระบุ).....</p> <p>3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> เอ็กซเรย์ <input type="checkbox"/> ตรวจหัวใจ <input type="checkbox"/> ตรวจโรค <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....</p>
<p>4 กรณีที่การรักษามีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราวจากการบาดเจ็บ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้</p> <p>4.1 สถานที่เกิดเหตุ.....</p> <p>4.2 วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ.....</p> <p>4.3 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด).....</p> <p>4.4 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ.....</p> <p>4.5 มีการแจ้งความหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ณ สถานีตำรวจ..... เมื่อวันที่.....</p> <p>4.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา.....</p> <p>4.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา..... แผนกที่ทำการรักษา..... เลขที่ผู้ป่วยนอก.....</p> <p>4.8 วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย.....</p> <p>4.9 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ <input type="checkbox"/> เอ็กซเรย์ <input type="checkbox"/> ตรวจหัวใจ <input type="checkbox"/> ตรวจโรค <input type="checkbox"/> อื่นๆ(ระบุ).....</p> <p>4.10 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด).....</p>
<p>5 กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่..... อายุครรภ์.....สัปดาห์</p>
<p>6 กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์.....</p>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท เออร์โกประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน

(.....)

วันที่/...../.....

ความสัมพันธ์

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่/...../.....