

เอกสารผู้เสียชีวิตอุบัติเหตุ/ค่าปลงศพ

1. สำเนาบัตรประชาชน (ผู้เสียชีวิตอุบัติเหตุ/ค่าปลงศพ)

2. สำเนามรณะบัตร (ผู้เสียชีวิตอุบัติเหตุ/ค่าปลงศพ)

3. สำเนาทะเบียนบ้าน (ประทับคำว่าตาย) (ผู้เสียชีวิตอุบัติเหตุ/ค่าปลงศพ)

4. หนังสือรับรองการตาย (กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาล) (ผู้เสียชีวิตอุบัติเหตุ/ค่าปลงศพ)

5. หนังสือแจ้งตาย กำนัน,ผู้ใหญ่บ้าน (กรณีเสียชีวิตที่บ้าน) (ผู้เสียชีวิตอุบัติเหตุ/ค่าปลงศพ)

6. ใบชันสูตรพลิกศพ (ผู้เสียชีวิตอุบัติเหตุ)

7. ประวัติการรักษา (กรณีไม่ได้เสียชีวิตทันที) (ผู้เสียชีวิตอุบัติเหตุ)

เอกสารผู้รับผลประโยชน์

1. กรอกใบคำแถลงผู้อ้างสิทธิบริษัทประกัน (สำหรับผู้รับผลประโยชน์)

(กรอกข้อ 1 พร้อมลงลายมือชื่อผู้ทำการแทน)

2. สำเนาบัตรประชาชน

3. สำเนาทะเบียนบ้าน

4. สำเนาทะเบียนสมรส / สำเนาเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)

กรณีเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย (ค่าปลงศพ) ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันในส่วนของ
ผู้เสียชีวิตให้กับ บัญชี บริษัทเออร์โกประกันภัยฯ ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่บัญชี
055-2-18714-6 ค่าเบี้ยนับหลังจากเดือนที่เสียชีวิต ไปถึงเดือน ธันวาคม
พร้อมแนบสลิปการโอนมาพร้อมเอกสารเคลมค่าปลงศพ

บริษัท เออร์โกประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

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

สำหรับ ผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล

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

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

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

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

ความสัมพันธ์
 (เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)