แบบฟอร์มการขอเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

การประกันสุขภาพ (กลุ่ม)

บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

1. ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.)...นามสกุล...
2. สายงาน ◯ พนักงานมหาวิทยาลัย ◯ พนักงานมหาวิทยาลัย(ชั่วคราว)
   ◯ ข้าราชการ ◯ ลูกจ้างประจำ
   ◯ พนักงานเงินรายได้
3. หน่วยงาน คณะ / สำนัก / สถาบัน / กอง...
   โทร...มือถือ...
   E-mail :..
4. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
   ◯ ข้าพเจ้า
   ◯ บุคลากรสมทบที่ซื้อประกันเอง
   ◯ บุคลากรสมทบที่มหาวิทยาลัยซื้อประกันให้
   ◯ คู่สมรส ชื่อ..................................นามสกุล...................................
   ◯ บุตร ชื่อ.......................................นามสกุล...................................
   ◯ บิดา ชื่อ.......................................นามสกุล...................................
   ◯ มารดา ชื่อ...................................นามสกุล...................................
5. วันที่เข้ารับรับการรักษา ตั้งแต่วันที่......................เดือน................................พ.ศ...................
   ถึงวันที่...............เดือน..........................พ.ศ..............รวมเป็นเงิน.................................บาท
   ขอเบิกส่วนของ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จำนวนเงิน........................บาท
6. **<u>หลักฐานที่แนบ พร้อมสำเนา 1 ชุด</u>**
   ◯ ใบเสร็จรับเงิน **(ฉบับจริง)** พร้อมสำเนา 1 ชุด
   ◯ ใบรับรองแพทย์ **(ฉบับจริง)** พร้อมสำเนา 1 ชุด
7. โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ของธนาคาร..................................บัญชีเลขที่............................

ลงชื่อ..

(..)

............/................/................

หมายเหตุ โปรดแนบสำเนาธนาคารพาณิชย์ฯ ที่ต้องการโอนเงินคืนประเภทออมทรัพย์เฉพาะเบิกครั้งแรกเท่านั้น

******กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง******

แบบฟอร์มการขอเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

การประกันสุขภาพ (กลุ่ม)

บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

1. ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.)...นามสกุล...
2. สายงาน ◯ พนักงานมหาวิทยาลัย ◯ พนักงานมหาวิทยาลัย(ชั่วคราว)
   ◯ ข้าราชการ ◯ ลูกจ้างประจำ
   ◯ พนักงานเงินรายได้
3. หน่วยงาน คณะ / สำนัก / สถาบัน / กอง...
   โทร...มือถือ...
   E-mail :..
4. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
   ◯ ข้าพเจ้า
   ◯ บุคลากรสมทบที่ซื้อประกันเอง
   ◯ บุคลากรสมทบที่มหาวิทยาลัยซื้อประกันให้
   ◯ คู่สมรส ชื่อ..................................นามสกุล...................................
   ◯ บุตร ชื่อ.......................................นามสกุล...................................
   ◯ บิดา ชื่อ.......................................นามสกุล...................................
   ◯ มารดา ชื่อ...................................นามสกุล...................................
5. วันที่เข้ารับรับการรักษา ตั้งแต่วันที่......................เดือน................................พ.ศ...................
   ถึงวันที่...............เดือน..........................พ.ศ..............รวมเป็นเงิน.................................บาท
   ขอเบิกส่วนของ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จำนวนเงิน........................บาท
6. **<u>หลักฐานที่แนบ พร้อมสำเนา 1 ชุด</u>**
   ◯ ใบเสร็จรับเงิน **(ฉบับจริง)** พร้อมสำเนา 1 ชุด
   ◯ ใบรับรองแพทย์ **(ฉบับจริง)** พร้อมสำเนา 1 ชุด
7. โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ของธนาคาร..................................บัญชีเลขที่............................

ลงชื่อ..

(..)

............/................/................

หมายเหตุ โปรดแนบสำเนาธนาคารพาณิชย์ฯ ที่ต้องการโอนเงินคืนประเภทออมทรัพย์เฉพาะเบิกครั้งแรกเท่านั้น

******กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง******