



เขียนที่
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เขียนใบเคลมประกันชีวิต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ผ่านหัวหน้างานเวชระเบียนและสถิติ)

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เบอร์โทร.....
 บัตรประจำตัวประชาชน / หนังสือเดินทาง เลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
 หมู่บ้าน/ชุมชน.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....สถานะเกี่ยวข้องเป็น [] ผู้ป่วยเอง [] คู่สมรส [] บิดามารดา [] บุตร [] ตัวแทนประกัน [] ผู้รับมอบอำนาจ
 [] อื่นๆโปรดระบุ.....

มีความประสงค์ขอให้แพทย์ลงความเห็นในใบเคลมประกันชีวิตของ

[] ข้าพเจ้า [] นาย/นาง/นางสาว.....เลขประจำตัวผู้ป่วย (HN).....
 ซึ่งได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วย.....ระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 เพื่อประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันชีวิตของบริษัท.....เรียกร้องสินไหมเนื่องจาก [] ขาดเคयरอนโรงพยาบาล
 [] ผู้ป่วยนอก [] อุบัติเหตุ [] มรณกรรม [] ทูพลภาพ..... [] โรคร้ายแรง..... อื่นๆ.....

โดยข้าพได้ใช้หลักฐานและเอกสารประกอบ ดังนี้

ข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอม และชำระค่าธรรมเนียม 300 บาท

ใบคำร้องขออนุเคราะห์ใบเคลมประกันชีวิต
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน / เอกสารทางราชการออกให้ ทั้งของผู้ยื่น
 คำร้อง และเจ้าของประวัติ
 หนังสือรับรองการตาย และ ใบมรณะบัตร (กรณีขอใบเคลม มรณกรรม)
 - แบบฟอร์มใบเคลมประกันชีวิตบริษัทประกัน (นำมาจากบริษัทประกัน)
 ขาดเคयरวัน/นอนโรงพยาบาล [] ผู้ป่วยนอก [] อุบัติเหตุ [] โรคร้ายแรง
 ทูพลภาพร่างกาย [] ทูพลภาพดวงตา [] มรณกรรม [] อื่นๆ.....
 แบบฟอร์มกลางของโรงพยาบาล ยินยอมใช้ ลงชื่อ.....

ยินยอม ให้แพทย์ให้ข้อมูลทางการแพทย์ และผลจากห้อง
 ตรวจทางปฏิบัติการ รังสีวิทยา รวมถึงข้อมูลทั้งหมดที่ใช้ในการ
 ตรวจรักษาของข้าพเจ้า
 ลงชื่อ.....ผู้อนุญาต
 ยินยอม ในหนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติของบริษัทประกัน

ประทับตราการเงิน ชำระเงินแล้ว พร้อมเลขที่ใบเสร็จ

ประสงค์รับโดยวิธีการ รับด้วยตนเอง ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ผู้ขอ ส่งเอกสารทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ด้านล่าง
 ถึง / บริษัท / สำนักงาน / ธนาคาร / คุณ /เบอร์โทร.....
 ที่อยู่เลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เพิ่มเติมโปรดระบุ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักขอบคุณยิ่ง
 ขอแสดงความนับถือ

.....
 (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนท้าย สำหรับเจ้าหน้าที่

ผู้รับใบคำร้อง.....ผู้รับดำเนินการ(ภาควิชา).....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แพทย์ผู้เขียนใบเคลมประกันชีวิต.....ภาควิชา.....

ผู้รับใบเคลมประกันชีวิต ชื่อ-สกุล (ตัวบรรจง).....เบอร์โทร.....วันที่.....

สถานะเกี่ยวข้องเป็น ผู้ป่วยเอง บิดา/มารดา บุตร อื่นๆโปรดระบุ.....