

โค้ตศูนย์การชาย.....

สาขา.....

ชื่อผู้เอาประกัน.....เลขที่กรมธรรม์.....

### กรณีค่าทดแทนอุบัติเหตุ

#### 1. การเกิดเหตุ

- วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น.

- สถานที่เกิดเหตุ.....

- ลักษณะการเกิดเหตุ.....

#### 2. สภาพของผู้เอาประกันขณะตรวจเยี่ยม

- ตรวจเยี่ยมเมื่อวันที่.....

- อาการบาดเจ็บโดยละเอียด.....

#### 3. ผลกระทบต่อหน้าที่การงานในอาชีพประจำ

- อาชีพประจำของผู้เอาประกัน.....

- ลักษณะหน้าที่การงานที่ทำ.....

- การบาดเจ็บมีผลกระทบอย่างไรบ้าง.....

- ปัจจุบันผู้เอาประกันปฏิบัติหน้าที่ได้หรือไม่เพียงใด.....

### กรณีค่ารักษาพยาบาลรายวัน/ประกันสุขภาพ

#### 1. การเจ็บป่วยและการรักษา.....

- ผู้เอาประกันบาดเจ็บ/เจ็บป่วยด้วยโรค.....

- รักษาที่โรงพยาบาล.....ตามบัตรประจำตัวผู้ป่วยเลขที่.....

- เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อวันที่.....เวลา.....น.

- ออกจากโรงพยาบาลเมื่อวันที่.....เวลา.....น.

- ได้แนบใบเสร็จรับเงินค่าห้องพัก/รายละเอียดค่ารักษาพยาบาลมาด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ

#### 2. ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

- ผู้เอาประกันเคยเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นใดมาก่อนหรือไม่.....

- เมื่อ.....สถานที่รักษา.....

### ความเห็นของผู้ตรวจสอบ (ระดับหัวหน้าศูนย์การชายขึ้นไป)

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....