

แบบฟอร์มการขอเรียกยืมค่ารักษาพยาบาล

การประกันสุขภาพ (กลุ่ม)

บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

1. ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.).....นามสกุล.....

2. สายงาน พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานมหาวิทยาลัย(ชั่วคราว)
 ข้าราชการ ข้าราชการ(เปลี่ยนสถานะภาพ)
 พนักงานเงินรายได้ ลูกจ้างประจำ

3. หน่วยงาน คณะ / สำนัก / สถาบัน / กอง.....

โทร.....มือถือ.....

E-mail :.....

4. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ข้าพเจ้า บุคลากรสมทบที่หน่วยงานซื้อประกันให้
 บุคลากรสมทบที่ซื้อประกันเอง
 บุคคลในครอบครัวที่มหาวิทยาลัยซื้อประกันให้

คู่สมรส ชื่อ.....นามสกุล.....

บุตร ชื่อ.....นามสกุล.....

บิดา ชื่อ.....นามสกุล.....

มารดา ชื่อ.....นามสกุล.....

5. วันที่เข้ารับการรักษา ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....รวมเป็นเงิน.....บาท

ขอเบิกส่วนของ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จำนวนเงิน.....บาท

6. หลักฐานที่แนบ พร้อมสำเนา 1 ชุด

ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง) พร้อมสำเนา 1 ชุด

ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) พร้อมสำเนา 1 ชุด

7. โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ของธนาคาร.....บัญชีเลขที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

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

หมายเหตุ โปรดแนบสำเนาธนาคารพาณิชย์ ที่ต้องการโอนเงินคืนประเภทออมทรัพย์เฉพาะ
เบิกครั้งแรกเท่านั้น

****กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง****