

แบบฟอร์มการขอเรียกจ่ายค่ารักษาพยาบาล
การประกันสุขภาพ (กลุ่ม)
บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

- ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.).....นามสกุล.....
- สายงาน พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน)
 ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ
 พนักงานเงินรายได้
- หน่วยงาน คณะ / สำนัก / สถาบัน / กอง.....
โทร.....มือถือ.....
E-mail :
- ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
 ข้าพเจ้า
 บุคลากรสมทบที่ซื้อประกันเอง
 บุคลากรสมทบที่มหาวิทยาลัยซื้อประกันให้
 คู่สมรส ชื่อ.....นามสกุล.....
 บุตร ชื่อ.....นามสกุล.....
 บิดา ชื่อ.....นามสกุล.....
 มารดา ชื่อ.....นามสกุล.....
- วันที่เข้ารับการรักษา ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....รวมเป็นเงิน.....บาท
ขอเบิกส่วนของ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จำนวนเงิน.....บาท
- หลักฐานที่แนบ พร้อมสำเนา 1 ชุด
 ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง) พร้อมสำเนา 1 ชุด
 ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) พร้อมสำเนา 1 ชุด
- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ของธนาคาร.....เลขที่.....

ลงชื่อ.....
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ โปรดแนบสำเนาธนาคารพาณิชย์ฯ ที่ต้องการโอนเงินคืนประเภทออมทรัพย์เฉพาะเบิกครั้งแรกเท่านั้น

กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง