ฟิลลิปประกันชีวิต PhillipLife
บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (ทะเบียนเลขที่ 0107556000671)
849 อาคารวรวัฒน์ ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทรศัพท์ : 0-2022-5000 โทรสาร : 0-2022-5500
Phillip Life Assurance Public Company Limited (Registration 0107556000671)
849 Vorawat Bldg., Silom Rd., Bangrak, Bangkok 10500 Tel.: 0-2022-5000 Fax.: 0-2022-5500 www.phillipllife.com

หนังสือรับรองค่ารักษาพยาบาล
ในการใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล

เขียนที่ .....
วันที่ .....

เรียน ฝ่ายสินไหมทดแทน

ข้าพเจ้า ..... ตัวแทนประกันชีวิต บมจ. ฟิลลิปประกันชีวิต ตำแหน่ง ..... (*ต้องมีตำแหน่งระดับผู้อำนวยการบริหารงานขาย (GRD) ขึ้นไป*) หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ..... มีความประสงค์ให้ บมจ.ฟิลลิปประกันชีวิต สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล สำหรับสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพ รวมทั้งสัญญาชดเชยรายวันผู้ป่วยใน ร.พ. (HB) ของผู้เอาประกันภัย ดังนี้

ชื่อผู้เอาประกันภัย..... **กรมธรรม์เลขที่**.....
โรงพยาบาล/สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....**วันที่เข้ารับการรักษา**.....

หากปรากฏภายหลังว่า การสำรองการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยรายที่ระบุข้างต้นนี้ บริษัทฯ ตรวจสอบพบว่าผู้เอาประกันภัยรายดังกล่าวไม่มีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัย หรือตามข้อกฎหมายใด ๆ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะนำเงินค่ารักษาพยาบาลที่บริษัทฯ สำรองจ่ายทั้งหมดมาชำระคืนให้บริษัทฯ ภายในเวลาที่กำหนด หรือยินยอมให้บริษัทฯ หักจากรายได้ตัวแทนหรือผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าได้รับจากบริษัทฯ ต่อไป

ลงชื่อ .... ผู้รับรองค่ารักษาพยาบาลฯ
( )

ลงชื่อ ..... ผู้บริหารงานขายต้นสังกัดตรง ของผู้รับรองค่ารักษาพยาบาลฯ (*)
( )

ลงชื่อ ..... พยาน ลงชื่อ ..... พยาน
( ) ( )

(*) <u>หมายเหตุ</u>: ผู้บริหารงานขายต้นสังกัดตรงของผู้รับรองค่ารักษาพยาบาลฯ ยินยอมรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลดังกล่าว หากผู้รับรองค่ารักษาพยาบาลฯ ไม่สามารถนำเงินค่ารักษาพยาบาลที่บริษัทฯ สำรองจ่ายมาชำระคืนบริษัทฯ ได้ หรือบริษัทฯ ไม่สามารถหักจากรายได้ตัวแทนหรือผลประโยชน์ที่ผู้รับรองค่ารักษาพยาบาลฯ ได้รับ ทั้งนี้ โดยเป็นไปตามข้อกำหนดในสัญญาผู้บริหารงานขายที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ โดยไม่มีข้อโต้แย้งใด ๆ

ช่องทางในการจัดส่งหนังสือฯ และติดต่อ: ฝ่ายสินไหมทดแทน โทร. 02-022-5608-11 โทรสาร 02-022-5601-2
E-mail: claim@philliplife.com (โปรดส่งต้นฉบับตามมาภายหลัง)