

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว..... ผู้เอาประกัน ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ผู้รับผลประโยชน์
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... หรือ ผู้ที่เกี่ยวข้อง (ระบุความสัมพันธ์)..... ได้ส่งเอกสาร
เรียกร้องสินไหมฯ แล้วนั้น มีความประสงค์ที่จะขอเอกสารคืน หลังจากฝ่ายฯ พิจารณาสินไหมฯ เรียบร้อยแล้ว รายละเอียดดังนี้.-

1) ขอคืนต้นฉบับใบเสร็จรับเงินและใบแจกแจงค่าใช้จ่าย

- เพื่อเรียกร้องค่ารักษาส่วนที่ยังจ่ายไม่เต็มสิทธิ กับ บริษัทฯ (ระบุชื่อบริษัทประกัน).....
กรมธรรม์เลขที่.....
- เพื่อเบิกกับหน่วยงานต้นสังกัดตามสิทธิสวัสดิการหรือสิทธิอื่นๆ (กรุณาระบุชื่อหน่วยงาน).....
- นำไปใช้ประกอบการพิจารณาคดีของศาล

2) เอกสารสำเนาอื่นๆ (กรุณาระบุเหตุผล)

- สำเนาใบเสร็จรับเงิน สำเนาคำสั่งศาล
- สำเนาแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมฯ, สำเนาใบรับรองแพทย์ สำเนานันทกประจำวัน
- เอกสารอื่นๆ.....ระบุเหตุผล.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริง และหากบริษัทฯ หรือหน่วยงานของรัฐมีความจำเป็นต้องขอเอกสารต้นฉบับ ตามข้อ 1.
ซึ่งข้าพเจ้าได้ขอเอกสารคืนไป ข้าพเจ้ายินดีที่จะดำเนินการจัดส่งเอกสารคืน บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยด่วน

ลงชื่อ.....(ผู้เอาประกัน/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย/ผู้รับผลประโยชน์)

()

ลงชื่อ.....(พยาน / ตัวแทน)

()

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในกรอบ หากเอกสารเรียบร้อยแล้ว มีความประสงค์ ให้จัดส่ง :

- กรุณาส่งมายังหน่วยงาน(ตท.).....อาคาร.....โทร.....
- รับเอกสารด้วยตนเอง กรุณาติดต่อหมายเลขโทรศัพท์.....
- ส่งเอกสารคืน ทางไปรษณีย์ ตามที่อยู่ระบุไว้ในกรมธรรม์
- ส่งเอกสารคืน ทางไปรษณีย์ ที่อยู่ใหม่ ดังนี้.....

หมายเหตุ.-

- กรณีใช้สิทธิเรียกร้องฯ ผ่าน Fax Claim,Care Card (IPD/OPD) การขอรับรองสำเนาใบเสร็จรับเงิน จะทำได้ เมื่อบริษัทฯ ได้รับ
ใบเสร็จรับเงินใบแจกแจงรายละเอียดค่าใช้จ่าย (Invoice)และจ่ายเงินคืนให้แก่โรงพยาบาลแล้ว เท่านั้น

**** บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ ไม่คืนต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน กรณีที่มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เต็มจำนวนตามใบเสร็จรับเงิน ****