



Bupa Health Insurance (Thailand) Public Company

ใบรับเงินค่าสินไหม / CLAIM REIMBURSEMENT

วันที่ / Date

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นส.

กรมธรรม์เลขที่

Customer Name. Mr. / Mrs. / Ms.

Policy No.

บริษัท

ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลตามเอกสารเคลมและใบเสร็จรับเงินดังนี้ :-

Company Name

Would like to submit the following original documents for claims reimbursement as below.

ลำดับ Item	ร.พ. / คลินิก Hospital / Clinic Name	เลขที่ ใบเสร็จรับเงิน Receipt No.	ลงวันที่ Issued Date	จำนวนเงิน Amount
รวมเป็นเงิน / Total				

วิธีการรับเงิน / Receipt Method

เช็ค / Cheque

โอนเงิน (บัญชีออมทรัพย์เท่านั้น) / Transfer money

ธนาคาร

สาขา

เลขที่บัญชี

Bank Name

Branch

Bank Account (Saving Account only)

ชื่อบัญชี / Account Name

วิธีจัดส่งเอกสาร / Document Method

มารับด้วยตัวเอง / Walk in

ส่งทางไปรษณีย์ / Mail

ชื่อผู้รับ / Name

ที่อยู่ / Address

ตัวแทนหรือนายหน้า ชื่อ / Agent or Broker Name

รหัส / Code No.

เลขที่บัตรประชาชน / ID Card No.

วันที่หมดอายุ / Expiry Date

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

I hereby confirm that all the information written above is true.

ลงชื่อ / Signature Name

(.....)

กรุณาถ่ายสำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรบุพพา ประกันสุขภาพ ตรงช่องว่างนี้
Please copy Identification Card or Bupa card and affix it here.