



แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เพื่อเป็นการรักษามูลประโยชน์ของท่านกรุณาแบบกรอกฟอร์มให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมทั้งให้แพทย์กรอกใบรับรองแพทย์ด้านใน การส่งแบบฟอร์มนี้ไม่ได้หมายถึงการยอมรับตามคำเรียกร้องแต่ประการใด

เอกสารให้ประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน

Table with 14 columns: เอกสารหรือหลักฐาน, AI/RCC DD PA(W), PA(ME), BB, HS, HB, CR, CIR, ECIR, FCR, M&M, PTD PB(WP) WP ANN, APWP, LADY. Rows include: 1. แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหม, 2. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ พร้อมใบแจ้งรายการค่าใช้จ่าย, 3. สำเนาใบเสร็จรับเงิน, 4. Film X-ray, CT, MRI พร้อมผลอ่าน, 5. ผลการตรวจเนื้อเยื่อ เลือด หรือไขกระดูก ทางกล้องจุลทรรศน์โดยพยาธิแพทย์, 6. ผลการตรวจร่างกายโดยแพทย์ที่บริษัทกำหนด, 7. ทะเบียนสมรส, สูติบัตร, 8. กรมธรรม์ประกันชีวิต / กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล, 9. ภาพถ่ายปัจจุบัน, 10. ประวัติการรักษา, 11. ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ, 12. สำเนานับที่ประจำวันของตำรวจ, 13. ใบมรณบัตรของทารก

- หมายเหตุ
✓ = จำเป็นต้องใช้ประกอบการพิจารณา
★ = ใช้ประกอบการพิจารณาบางกรณี
- = ไม่จำเป็นต้องนำส่ง
AI/RCC = สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์อันพึงได้รับเนื่องจากอุบัติเหตุ / หรือการถูกลอบทำร้าย
ANN = Annuity หรือเงินรายปี หรือ ค่าชดเชยการทุพพลภาพตลอดกาลเนื่องจากอุบัติเหตุ ในสัญญาเพิ่มเติม AI
APWP = สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ทุพพลภาพโดยสิ้นเชิงถาวร
BB = สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์กระดูกแตกหักเนื่องจากอุบัติเหตุ และผลประโยชน์กระดูกแตกหักในกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล
CIR = สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคภัยแรง 13 โรค
CR = สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์กรมธรรม์และการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคมะเร็ง
DD = ผลประโยชน์การสูญเสียอวัยวะเนื่องจากอุบัติเหตุ
ECIR = สัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองโรคภัยแรงต่อเนื่อง 40 โรค
FCR = สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์เนื่องจากโรคมะเร็งสำหรับการประกันภัยแบบสะสมทรัพย์สินสตรี 20 ปี (Ladies Special)
HB = สัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยรายวันสำหรับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
HS = สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์อันพึงได้รับจากการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและศัลยกรรม
Lady = สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ Lady Care & Lady Care Plus
M&M = ผลประโยชน์การสมรส การคลอดบุตรและการแท้งบุตร สำหรับการประกันภัยสะสมทรัพย์สินสตรี 20 ปี
PA = กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (WI = ค่าชดเชยทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง / ME = ค่ารักษาพยาบาล)
PB = สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย
PTD = ค่าชดเชยทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ในกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA)
WP = สัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์การยกเว้นเบี้ยประกันภัย

ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้เอาประกันภัย หรือผู้เรียกร้องที่มีส่วนได้ส่วนเสียเท่านั้น และกรุณาเซ็นชื่อที่ด้านล่าง มิฉะนั้นบริษัท จะถือว่าการเรียกร้องยังไม่สมบูรณ์

Form with fields: ชื่อผู้เอาประกันภัย, เลขที่บัตรประชาชน, หมายเลขกรมธรรม์ (ทั้งหมด), อายุ, เพศ, ที่อยู่ปัจจุบัน, โทรศัพท์, มีกรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัทฯ ประกันอื่นๆ หรือไม่, วันที่เกิดอุบัติเหตุ, เวลา, สถานที่เกิดเหตุ, สาเหตุของอุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วย, อาการเจ็บป่วย, ลักษณะขนาดแผล, ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ, อาชีพ และหน้าที่ (ถ้ามีมากกว่าหนึ่งโปรดแจ้งให้หมด) และสถานที่ทำงาน, ท่านได้ยื่นใบลาพักงานบ้าง หรือผู้บังคับบัญชา หรือไม่, ไร่ ลาป่วยถึงวันที่, ไม่ใช่, รายละเอียดการรักษาใน ร.พ. หรือการรับคำปรึกษาจากแพทย์, รายชื่อโรงพยาบาลทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา, วันที่เข้าโรงพยาบาล, วันที่ออกจากโรงพยาบาล, ชื่อแพทย์ท่านแรกที่ได้พบ, ชื่อแพทย์ที่แนะนำให้ท่านพักใน ร.พ., โรงพยาบาล/คลินิก, โรงพยาบาล/คลินิก, แพทย์แจ้งว่าท่านป่วยเป็นอะไร

..... กรุณาปฏิบัติตามรอยจุดตรงนี้.....

ข้อควรทราบ
ผู้ใดโดยทุจริตหลอกลวงบริษัทประกันภัย หรือผู้ยื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังกล่าวนี้ ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากบริษัทประกันภัยที่ถูกหลอกลวงนั้น หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้บริษัทประกันภัยที่ถูกหลอกลวงนั้นหรือบุคคลที่สามทำ ถอน หรือ ทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นี้กระทำความผิดฐานข้อโกงซึ่งเป็นความผิดในทางอาญาดังระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือ ปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือ ทั้งจำ ทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจำต้องชดใช้ ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง

ประเภทการเรียกร้อง (กรุณาทำเครื่องหมาย X หน้าชื่อที่ต้องการ (เลือกได้มากกว่า 1 ชื่อ)
[] ค่าชดเชยอุบัติเหตุ(AI,PA,BB) [] ค่าชดเชยการรักษา(HS,HB,CR) [] ค่าชดเชยสมรส,คลอดบุตร,แท้งบุตร(M&M) [] โรคเมะเร็งเฉพาะสตรี(FCR)
[] สูญเสียอวัยวะ (DD),ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง(PTD),ค่าชดเชยทุพพลภาพตลอดกาล(ANN) [] Laay care/Lady care plus [] เป็นการเรียกร้องเพิ่มเติม

คำรับรองของตัวแทนผู้ให้บริการ
ข้าพเจ้าในฐานะของตัวแทนที่บริการทำเรื่องเรียกร้องค่าชดเชยในครั้งนี้ ขอรับรองว่าการเรียกร้องค่าชดเชยครั้งนี้ และการตอบคำถามใดๆ ในเอกสารนี้เป็นไปด้วยความถูกต้องตามที่จริงที่ข้าพเจ้าได้รู้มา
ชื่อ-สกุล รหัสตัวแทน โทร. ลายเซ็น..... รหัสหน่วย

คำรับรอง
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การเรียกร้องค่าชดเชยในครั้งนี้ และการตอบคำถามใดๆ ในเอกสารเป็นไปด้วยความถูกต้องตามที่จริงที่เกิดขึ้น
ลายเซ็นพยาน ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย/ผู้เป็นเจ้าของกรมธรรม์

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้าหรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมาและข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือด และการตรวจรักษาต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใดๆ ต่อบริษัทหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย/ผู้เป็นเจ้าของกรมธรรม์

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

ส่วนที่ 2 แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name		Age	Sex	ID No.
		H.N.#	A.N.#	X.N.#
Date admitted	Time	Date discharged	Time	
1. Chief complaint and duration of symptom				
Date first saw the patient for this illness / injury _____ Date of the last treatment _____ The patient's symptoms at the time of your last consultations / examination ?				
2. FOR ILLNESS		3. FOR ACCIDENT		
a) How long had the patient experienced these symptoms ?		a) Date & time of accident Date _____ Time _____		
b) How long did you the symptoms existed prior to this consultation ?		b) Cause of accident / Details of injury		
		c) Was the patient drunk at the time he / she came to the hospital ? <input type="checkbox"/> Yes, Please give details <input type="checkbox"/> No Blood alcohol test = _____ mg%		
		d) Consciousness: Giasco Coma Score = E ___ M ___ V ___		
4. Did the patient need to be admitted to hospital ? <input type="checkbox"/> Yes, Please give the indication <input type="checkbox"/> No Expected Length of stay _____ day(s)		5. Treatment given (such as number of stitches, medical given, physiotherapy, etc.)		
6. Surgery performed		7. Investigation & result		
Date _____ ICD9-CM or CPT [] [] [] [] [] [] _____ Date _____ ICD9-CM or CPT [] [] [] [] [] [] _____		(Laboratory Report, Blood Alcohol Test, ECG, X - ray and etc.) HIV Test <input type="checkbox"/> Yes, Please give result _____ <input type="checkbox"/> No Date performed _____		
Surgeon's Name _____ Qualification _____		8. Are the investigations relevant to the diagnosis ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Surgeon's result _____ Patho No. _____ Date performed _____		9. Diagnosis 1 ICD 10 [] [] [] [] [] [] Diagnosis 2 ICD 10 [] [] [] [] [] [] Diagnosis 3 (Including principle underlying condition and complication) ICD 10 [] [] [] [] [] []		
(If there is the result of pathological, please attached)		10. (a) Prognosis <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor (b) Any Possibility of having a relapse ?		
Type of anesthetic :				

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบกิจการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือ ปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือ ทั้งจำ ทั้งปรับ และอีกทั้งจำคุกต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง

11. Was the patient referred to your hospital by a general practitioner ? Doctor <input type="checkbox"/> Yes, Please give details <input type="checkbox"/> No Clinic / Hospital				
12. Any previous treatment for the same injury / illness ? Date <input type="checkbox"/> Yes, Please give details <input type="checkbox"/> No Doctor Clinic / Hospital				
13. Was the injury / illness contributed to or influenced by any of the following (e.g.. Pre-existing weakness or extended period fo disability) ?				
a) Physical defects / congenital anomaly	<input type="checkbox"/> Yes, Please give details <input type="checkbox"/> No			
b) Unfavorable past medical history	<input type="checkbox"/> Yes, Please give details <input type="checkbox"/> No			
c) Degenerative change (s)	<input type="checkbox"/> Yes, Please give details <input type="checkbox"/> No			
d) A family history that increased the probability or severity of this disease	<input type="checkbox"/> Yes, Please give details <input type="checkbox"/> No			
e) Doctor's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increased risk ?	<input type="checkbox"/> Yes, Please give details <input type="checkbox"/> No			
f) Alcohol or drugs	<input type="checkbox"/> Yes, Please give details <input type="checkbox"/> No			
14. To the best of your knowledge, please give details of all previous consultations for serious disorders for this patient.				
Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor/Hospital's Name
15. FOR FEMALE : Was she pregnant around the time of treatment ? Was the treatment related to infertility ?		<input type="checkbox"/> Yes,..... Weeks <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, <input type="checkbox"/> No		
16. Other comments about this injury / illness (For accident , please estimated time for recovery)				
I, hereby certify that I have personally and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above.				
Name of physician	Qualification	Specialty	License No.	
Hospital Name	Address			
Signed	Date	TEL No.		

คำแนะนำในการกรอกรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

1. รายงานแพทย์ฉบับนี้ควรเขียนภายหลังจากที่ผู้เอาประกันภัยได้กรอกแบบฟอร์มในหน้าที่ 1 รวมทั้งได้เซ็นชื่อที่ด้านล่างของแบบฟอร์มเรียบร้อยแล้ว
2. กรุณาอย่าเห็นว่างในคำถามที่ท่านมีความเห็นว่า "ไม่", "ไม่เคย", "ไม่ทราบ" เพราะความเห็นของท่านมีความสำคัญในการพิจารณาค่าสินไหมของ บริษัทฯ

**** เมื่อท่านกรอกข้อความเสร็จเรียบร้อยแล้ว กรุณาปิดฉีกเอกสารก่อนส่งมอบให้กับผู้ป่วย หรือตัวแทน ****