

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมอุบัติเหตุ หรือ ค่ารักษาพยาบาล

ส่วนที่ 1 (Form A)

** โปรดเติมข้อความในช่องว่างทุกแห่งด้วยตัวบรรจง **

- เพื่อรักษาผลประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วนสมบูรณ์ และส่งคืนมายังบริษัทฯ พร้อมแนบใบสรุปรายการค่ารักษา และใบเสร็จของโรงพยาบาลภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาล
- เพื่อความสะดวกรวดเร็ว ในการรับเงินค่าสินไหม ท่านสามารถแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร โดยกรอกแบบฟอร์มหนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารที่รับรองสำเนาถูกต้องแล้วกลับมายังบริษัทฯ

เลขที่กรมธรรม์

ชื่อผู้นำส่ง โทรศัพท์ วันที่นำส่ง

ชื่อตัวแทน รหัส โทรศัพท์ สาขา

ผลประโยชน์ AME AI PA HS HB WP DD PB

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย เลขที่บัตรประชาชน

วัน เดือน ปี เกิด อายุ ปี สัญชาติ สถานะ โสด สมรส หย่า หม้าย เพศ ชาย หญิง

ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อหมู่บ้าน/อาคารชุด เลขที่ หมู่ ซอย

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ E-mail address

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ชื่อหมู่บ้าน/อาคารชุด เลขที่ หมู่ ซอย

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์บ้าน โทรศัพท์มือถือ

บริษัทประกันอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ) เลขที่กรมธรรม์ของบริษัทอื่น ๆ

อาชีพ สถานที่ทำงาน และที่อยู่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์

2. กรณีเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย
ระยะเวลาของอาการก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ วันที่เข้ารับการรักษา

3. กรณีอุบัติเหตุ วันที่เกิดอุบัติเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ น. สถานที่เกิดเหตุ

โปรดระบุลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด

ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ

วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และทราบดีว่าหากข้อความไม่ตรงต่อความจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจมีผลต่อการเรียกค่าทดแทนอุบัติเหตุ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทฯ ได้

กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย
(.....)

ข้าพเจ้าประสงค์จะรับเงินโดย :-

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร กรุณาแนบสำเนาทะเบียนบัญชีธนาคาร (บริษัท ฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีด้านล่าง ภายใน 1 วันทำการนับจากวันที่อนุมัติสินไหม)
โปรดระบุ ชื่อเจ้าของบัญชี เลขที่บัญชี ธนาคาร

สาขา

เช็ค (กรณีเลือกโดยเช็ค ท่านจะได้รับค่าสินไหมล่าช้ากว่าวิธีโอนเงินเข้าบัญชี ฯ เนื่องจากมีขั้นตอนในการจัดทำเช็คและส่งออก)
โปรดระบุสถานที่จัดส่งเช็ค ตามที่อยู่ปัจจุบันที่ได้ให้ไว้กับบริษัทฯ ฯ นำส่งที่สาขาเพื่อนำไปบริการ

ใบมอบฉันทะ

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล นายแพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับ การเจ็บป่วย บาดเจ็บ การปรึกษาโรค ไบสังยา หรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมาและขอเท็จจริง เกี่ยวกับการตรวจสอบทดสอบผลเลือด และการตรวจรักษาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องพร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัทฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ หนึ่ง สำเนาไปหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกันต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย
(.....)
วันที่

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา (Attending Physician Summary)

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

ส่วนที่ 2 (Form B)

Patient's Name					Age : years					sex : <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female									
ID No.....					H.N.#					A.N.#					X.N.#				
Date admitted					Time					Date discharged					Time.....				
1. CHIEF COMPLAINT.....																			
2. FOR ILLNESS																			
A. How long had the patient experienced these symptoms? days / weeks / years.																			
B. How long do you feel the symptoms existed prior to this consultation? days / weeks / years.																			
C. Did you advise the patient to be admitted to the hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																			
Indication for admission																			
3. FOR ACCIDENT																			
A. Date & time of accident : Time :																			
B. Cause of accident :																			
C. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																			
4. Date first saw the patient for this illness / injury :																			
5. (a) Present Illness / Detail of Injury :																			
(b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs)																			
(c) Underlying disease :																			
6. (a) Pertinent lab / Investigations / Pathology Studies :																			
(b) HIV Test <input type="checkbox"/> Yes , result <input type="checkbox"/> No																			
7. Diagnosis 1 ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diagnosis 2 ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																			
Diagnosis 3 ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diagnosis 4 ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																			
(Including principle underlying condition and complication)																			
8. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.):.....																			
(b) Operation : ICD 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pathology report :																			
Surgeon 's Name Specialty Date performed :																			
(c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes , please give detail																			
.....																			
9. (a) Result of Treatment : <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor																			
(b) Possibility of recurrence? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																			
10. (a) Date of the last treatment / Follow up :																			
(b) The patient 's symptoms at the time of your last consultations / examination?																			
11. Was the patient referred to you by other physician (s) ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																			
Doctor : Clinic / Hospital :																			
12. Was the injury / illness contributed to or influenced by any of the following (eg. Pre -existing weakness or extended period of disability)?																			
a) Physical defects / congenital anomaly															<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
b) Unfavorable past medical history															<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
c) Degenerative change (s)															<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
d) A family history that increased the probability or severity of this disease															<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
e) Doctor's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increased risk?															<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
f) Alcohol or drugs															<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
If the answer is "yes", please specify																			
13. Other past medical history :																			
Date		Diagnosis			Treatment			Duration			Doctor/Hospital's Name								
.....									
.....									
14. FOR FEMALE : Was the patient pregnant at the time of treatment? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes weeks (LMP :) : Was the treatment relate to infertility? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																			
15. Other comments about this injury / illness																			
I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.																			
Name of physician Qualification License No.....																			
Hospital Name address TEL No.																			
Signed Date																			
<p>ข้อควรทราบ ผู้ใดในการประกอบกรงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 269 ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจำต้องชดเชยค่าเสียหายในทางแพ่งอีกใดหนึ่ง</p>																			