



ใบรับแจ้งเรียกร้องสินไหมที่ไม่ใช่การมรณกรรม  
(การประกันสุขภาพ/อุบัติเหตุ/ทุพพลภาพ/โรคร้ายแรง/โรคมะเร็ง)

Living Claim

เลขที่รับแจ้ง ..... วันที่ ..... สาขา .....  
ชื่อ - นามสกุลผู้แจ้ง ฯ ..... โทรศัพท์ ..... E-mail .....  
ชื่อ - นามสกุลผู้เอาประกัน ..... กรมธรรม์ฉบับที่ ..... โทรศัพท์ ..... E-mail .....

กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☒ หน้ารายชื่อเอกสารที่ได้มีการนำส่งเท่านั้น

เอกสารที่ต้องยื่นเพื่อประกอบการเรียกร้องสินไหมแต่ละประเภท มีดังนี้ (กรณีเอกสารไม่ถูกต้องสมบูรณ์ กรุณาส่งคืนเพื่อให้แก้ไขใหม่ให้ถูกต้อง)

| ลำดับ                      | ❶ กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล/ชดเชยรายวัน จากการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยใน                                              | จำนวน/ฉบับ | หมายเหตุ |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 1 | แบบฟอร์มเรียกร้องการประกันสุขภาพ                                                                                  |            |          |
| <input type="checkbox"/> 2 | ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ)                                                                            |            |          |
| <input type="checkbox"/> 3 | ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลที่ผู้เอาประกันเข้ารับการรักษ (ต้นฉบับ หรือ สำเนา)                                       |            |          |
| <input type="checkbox"/> 4 | ใบสรุปหน้าบ หรือรายละเอียดประกอบการรักษา                                                                          |            |          |
| <input type="checkbox"/> 5 | หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด                                                                 |            |          |
| <input type="checkbox"/> 6 | สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด                                                  |            |          |
| ลำดับ                      | ❷ กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล แบบผู้ป่วยนอก OPD                                                                   | จำนวน/ฉบับ | หมายเหตุ |
| <input type="checkbox"/> 1 | แบบฟอร์มใบเรียกร้องเงินค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก OPD                                                            |            |          |
| <input type="checkbox"/> 2 | ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ)                                                                            |            |          |
| <input type="checkbox"/> 3 | ใบรับรองแพทย์จากคลินิก หรือโรงพยาบาลที่ผู้เอาประกันเข้ารับการรักษ (ต้นฉบับ หรือ สำเนา)                            |            |          |
| <input type="checkbox"/> 4 | หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด                                                                 |            |          |
| <input type="checkbox"/> 5 | สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด                                                  |            |          |
| ลำดับ                      | ❸ กรณีเรียกร้องค่าชดเชยเนื่องจากอุบัติเหตุ (ไม่เสียชีวิต)                                                         | จำนวน/ฉบับ | หมายเหตุ |
| <input type="checkbox"/> 1 | แบบฟอร์มใบแจ้งอุบัติเหตุ/ใบเรียกร้องทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ                                                      |            |          |
| <input type="checkbox"/> 2 | ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ)                                                                            |            |          |
| <input type="checkbox"/> 3 | ใบรับรองแพทย์จากคลินิก หรือโรงพยาบาลที่ผู้เอาประกันเข้ารับการรักษ (ต้นฉบับ หรือ สำเนา)                            |            |          |
| <input type="checkbox"/> 4 | หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด                                                                 |            |          |
| <input type="checkbox"/> 5 | สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด                                                  |            |          |
| ลำดับ                      | ❹ กรณีเรียกร้องทุพพลภาพ / สูญเสียอวัยวะ                                                                           | จำนวน/ฉบับ | หมายเหตุ |
| <input type="checkbox"/> 1 | แบบฟอร์มเรียกร้องชดเชยกรณีทุพพลภาพ                                                                                |            |          |
| <input type="checkbox"/> 2 | ใบรายงานแพทย์(ตามแบบฟอร์มบริษัท และตามประเภทเรียกร้องประกันภัยทุพพลภาพ และ สูญเสียอวัยวะ)                         |            |          |
| <input type="checkbox"/> 3 | ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา                                                         |            |          |
| <input type="checkbox"/> 4 | สำเนาประวัติการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ                                                                   |            |          |
| <input type="checkbox"/> 5 | หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด                                                                 |            |          |
| <input type="checkbox"/> 6 | สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด                                                  |            |          |
| ลำดับ                      | ❺ กรณีเรียกร้อง การเจ็บป่วยโรคร้ายแรง /โรคมะเร็ง                                                                  | จำนวน/ฉบับ | หมายเหตุ |
| <input type="checkbox"/> 1 | แบบฟอร์มเรียกร้องการประกันสุขภาพ                                                                                  |            |          |
| <input type="checkbox"/> 2 | ใบรายงานการแพทย์ (ตามแบบฟอร์มบริษัท และตามประเภทการเจ็บป่วย)                                                      |            |          |
| <input type="checkbox"/> 3 | ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา                                                         |            |          |
| <input type="checkbox"/> 4 | สำเนาประวัติการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ                                                                      |            |          |
| <input type="checkbox"/> 5 | ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (ผลชิ้นเนื้อ) หรือ ผลตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) หรือ ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) |            |          |
| <input type="checkbox"/> 6 | หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด                                                                 |            |          |
| <input type="checkbox"/> 7 | สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด                                                  |            |          |

เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) .....

ลงชื่อผู้รับแจ้ง/เจ้าหน้าที่สาขา.....ลงชื่อผู้แจ้ง.....

บริษัทฯ จะดำเนินการพิจารณาการชดใช้เงินสินไหมทดแทนภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมครบถ้วน ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริษัทชดใช้สินไหมทดแทนไม่เป็นไปตามเงื่อนไขความคุ้มครอง บริษัทอาจจะขยายระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามความจำเป็น และผู้เอาประกันจำเป็นต้องให้ข้อเท็จจริงแก่บริษัท ทั้งนี้บริษัทฯ ใช้เวลาและแจ้งผลให้ทราบภายในกำหนด 90 วันนับจากวันที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารประกอบครบถ้วนแล้ว

Claim No .....

### แบบเรียกร้องการประกันภัยสุขภาพ

☐ ประกันภัยสุขภาพแบบคนไข้ใน ☐ ประกันภัยโรคภัยร้ายแรง ☐ ประกันภัยโรคมะเร็ง

**คำแนะนำ** เพื่อการพิจารณาการเรียกร้องให้เป็นไปด้วยความรวดเร็ว โปรดกรอกแบบเรียกร้องนี้ให้ครบถ้วน และส่งมายังบริษัท (สาขา) พร้อมด้วยใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล (ใบสรุปหน้างาน) ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับของโรงพยาบาลและใบรับรองแพทย์ ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล

|                                                      |                |    |     |
|------------------------------------------------------|----------------|----|-----|
| ชื่อผู้เอาประกัน                                     | กรมธรรม์เลขที่ |    |     |
| ที่อยู่ติดต่อ                                        | อายุ           | ปี | เพศ |
| (โปรดกรอกข้อความเฉพาะสาเหตุที่ท่านเรียกร้องเท่านั้น) | อาชีพ          |    |     |

#### 1. รายละเอียดการรักษาตัวในโรงพยาบาล

- 1.1 ชื่อ - สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล .....
- 1.2 บัตรประจำตัวผู้ป่วยในเลขที่ ..... ชื่อแผนกที่ได้รับการรักษา .....
- 1.3 เข้ารักษาในโรงพยาบาล วันที่เข้า ..... เวลา.....วันที่ออก..... เวลา.....รวม.....วัน
- 1.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้เอาประกันขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล .....
- 1.5 การวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ผล .....
- 1.6 ได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ☐ ไม่ผ่าตัด ☐ ผ่าตัด.....
- 1.7 ได้รับการตรวจดังรายการต่อไปนี้หรือไม่ ☐ เอ็กซเรย์ ☐ ตรวจหัวใจ ☐ ตรวจเลือด  
☐ ตรวจอื่นๆ (โปรดระบุ) .....

#### 2. กรณีได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย โปรดให้รายละเอียดต่อไปนี้

- 2.1 ลักษณะการเจ็บป่วย (โรค / เจ็บป่วย) .....
- 2.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ท่านทราบการเจ็บป่วยเมื่อใด .....
- 2.3 ท่านเคยเป็นโรคนี้มาก่อนหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
- 2.4 ถ้าใช่ เมื่อใดวันที่ ..... ชื่อโรงพยาบาล .....
- 2.5 ผลการรักษาเป็นอย่างไร .....

#### 3. กรณีได้รับการรักษาพยาบาลที่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ โปรดกรอกข้อความ

- 3.1 วันที่เกิดอุบัติเหตุ ..... เวลา ..... สถานที่ .....
- 3.2 อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (โปรดบรรยายเหตุการณ์) .....
- 3.3 ลักษณะอาการบาดเจ็บครั้งนี้ .....
- 3.4 ได้แจ้งความหรือมีบันทึกประจำวัน ณ สถานีตำรวจใด .....
- 3.5 ผลการรักษาเป็นอย่างไร .....

#### 4. กรณีที่ผู้เอาประกันเป็นสตรี ขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลครั้งนี้มีครรภ์หรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี..... เดือน

#### 5. ท่านมีประกันชีวิต / อุบัติเหตุ / ค่ารักษาพยาบาล อื่นๆ กับบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นอีกหรือไม่ (ถ้ามีโปรดแจ้ง)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงและถูกต้องเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ หากบริษัทฯ ต้องการทราบรายละเอียดของการเจ็บป่วย / บาดเจ็บ ตลอดจนประวัติการรักษา และเอกสารทางการแพทย์อื่นๆ โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษา หรือผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลเปิดเผยประวัติให้บริษัทอากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทน ทราบได้ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน  
วันที่...../...../.....  
ลายมือชื่อ.....พยาน

ต่อต้านหลัง

### หนังสือให้คำยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อเท็จจริงเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามียกบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล หรือบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย หรือ Fax Claims Service ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทจะได้อำนวยความสะดวกในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทได้ส่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าว

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

**หมายเหตุ** กรณีที่ผู้มีสิทธิเรียกร้องสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย มิได้ขีดฆ่าหรือปิดปิดข้อมูลศาสนาหรือหมู่โลหิตที่ปรากฏบนสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง เป็นต้น บริษัทจะดำเนินการขีดฆ่าหรือปิดปิดข้อมูลเพื่อคุ้มครองข้อมูลอ่อนไหวของท่าน

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(

)

(

)

ผู้เอาประกันภัย

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจ  
ปกครอง  
ของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

# Discharge Notification Form

Hospital Name.....

## Part B สำหรับแพทย์ผู้รักษา

### Medical certification

Patient's Name : ..... Sex ☐ Male ☐ Female HN : ..... AN : ..... Age..... year(s) .....month(s)

Admission Date : ..... Time : ..... Discharge Date : ..... Time : ..... Consultation Date : .....

#### 1. For Illness

a) Date you first saw this patient for this illness : .....

b) Chief complaint and duration of symptom(s) : .....

#### 2. For Injury

a) Date of injury..... Time: .....

b) Cause of injury.....

c) Details of injury .....

d) Did you smell alcohol from the patient?

( ) No ( ) Not known

( ) Yes, blood alcohol test (if any) = ..... mg%

e) Level of consciousness ( ) Normal ( ) Confusion

( ) Drowsiness ( ) Semi-coma ( ) Coma

f) Estimated time for recovery .....

3. Did the patient need to be admitted to hospital? ( ) No ( ) Yes, indication for admission.....

4. Vital signs : T..... P..... R ..... BP.....

5. Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs) .....

6. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.) .....

7. HIV Test ( ) No ( ) Yes, Result : ..... Date performed : .....

8. Underlying disease: .....

9. Diagnosis 1 : ..... ICD10-TM : .....

Diagnosis 2 : ..... ICD10-TM : .....

Diagnosis 3 : ..... ICD10-TM : .....

10. Treatment : .....

Adjusted RW

11. Surgery/Operation : ..... ICD9-CM : ..... Date performed : .....

Anaesthesia Type : ( ) General Anaesthesia ( ) Spinal Anaesthesia ( ) Local Anaesthesia ( ) Others .....

12. Pathological report : .....

13. Complications (if any) : .....

14. Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? ( ) No ( ) Yes, please specify .....

15. For Female: Is the patient pregnant? ( ) No ( ) Yes, gestational age ..... weeks

Was the treatment related to infertility? ( ) No ( ) Yes, please specify .....

16. Has patient ever been treated by another doctor before? ( ) No ( ) Yes, please give name and address .....

17. Was the illness/injury contributed to or influenced by any of the following

a) Physical defects/congenital anomaly ( ) No ( ) Yes

b) Degenerative change(s) ( ) No ( ) Yes

18. Others past medical history

| Date | Signs & Symptoms | Diagnosis | Treatment | Hospital |
|------|------------------|-----------|-----------|----------|
|      |                  |           |           |          |
|      |                  |           |           |          |

19. Other comments about the injury / illness.....

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above.

Physician's signature ..... Medical specialty : ..... Thai Medical license no : .....

(.....) Tel no : ..... Date : .....

Medical institute : ..... Address : .....

Remark : Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Thai Medical Council

## หนังสือแสดงความยินยอม การขอรายงานแพทย์

ข้าพเจ้า ..... อายุ ..... ปี  
ที่อยู่ .....  
.....

ขอให้ความยินยอมไว้ ณ ที่นี้ แก่โรงพยาบาล , แพทย์ , คลินิก , สถาบัน หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใด ให้แจ้งรายละเอียดต่างๆ ทั้งหมดของข้าพเจ้าเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย , การตรวจรักษาพยาบาลทั้งหมดของข้าพเจ้า ให้แก่บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามที่บริษัท ต้องการเพื่อใช้ในการพิจารณารับประกัน , พิจารณาสินไหมทดแทน ได้ด้วยความถูกต้องและเป็นธรรม

อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายใบยินยอมการขอรายงานแพทย์ฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลเสมือนต้นฉบับทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

( )

( )

พยาน / ตัวแทน

ผู้เอาประกันชีวิต

กรณีที่ผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน

กรุณา แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย พร้อมทั้งรับรองสำเนาถูกต้อง