



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน

กรุณารอกรับแบบฟอร์มให้สมบูรณ์ โดยผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้องที่มีส่วนได้เสียกับผู้เอาประกันภัยเท่านั้น พร้อมลงนาม

ชื่อผู้เอาประกันภัย	อายุ	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/Passport No.	หมายเลขอร์มธรรม (ห้องด)
ที่อยู่ และ หมายเลขโทรศัพท์		กรมธรรม์กับบริษัทที่ (ระบุชื่อและเลขกรมธรรม์)	
สถานที่ทำงาน / อาชีพ / ตำแหน่ง-หน้าที่		ท่านได้ยินใบลาภกับนายจ้าง หรือ ผู้บังคับบัญชาหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ยิน <input type="checkbox"/> ยินได้ในวันที่.....	
ผลประโยชน์ที่เรียกร้อง		การเรียกร้องครั้งนี้เป็นการเรียกร้อง <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> การสูญเสียภัยวะ <input type="checkbox"/> การคลอดบุตร หรือ สมรส <input type="checkbox"/> โรคร้ายแรง <input type="checkbox"/> การรักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
รายละเอียดกรณีเกิดอุบัติเหตุ		วิธีการรับเงินสินไหมทดแทน <input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> โอนเงิน ไปรษณีย์ ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี..... ธนาคาร..... (ให้ส่งสำเนาสมุดฝากหน้าที่ระบุชื่อบัญชี และ เลขที่บัญชี กรณีที่ไม่ส่งบริษัทจะจ่ายเป็นเช็ค)	
รายละเอียดกรณีการเข้ารับการรักษา และ / หรือ รับการรักษาจากแพทย์			
วันที่เข้าโรงพยาบาล	วันที่ออกจากโรงพยาบาล	ชื่อแพทย์ท่านแรกที่ไปพบ	ชื่อโรงพยาบาล / คลินิก
แพทย์แจ้งว่าท่านป่วยเป็นโรคอะไร		ชื่อแพทย์ที่แนะนำให้รักษาตัวในโรงพยาบาล	
ท่านเคยทำการรักษาหรือรักษาด้วยโภคหรือยาการเข่นการเข้ารับการรักษาครั้งนี้หรือโภคและยาการอื่นๆมาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ครั้งหลังสุดเมื่อ..... ณ โรงพยาบาล / คลินิก..... ด้วยอาการ / โภค.....			

คำรับรองและหนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้อ่านทำความทั้งหมดตามความเป็นจริงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งได้ทำการรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจเปิดเผยถึง การเจ็บป่วยหรืออาการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ไปสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้า แก่บริษัทโดยเกี่ยวमार्गन प्रकाशन (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้แทนของบริษัทฯได้ อนึ่ง สำเนาบันทึกของหนังสือยินยอมซึ่งได้รับการรับรองสำเนาถูกต้อง โดยบริษัทฯ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เข่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ผู้เอาประกันภัย / ผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์

พยาน

คำรับรองของตัวแทนประกันชีวิต

ข้าพเจ้าในฐานะตัวแทนประกันชีวิต ซึ่งได้ดำเนินการทำเรื่องเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้ ขอรับรองว่าการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ และการตอบคำถามใดๆในเอกสารนี้เป็นไปด้วยความถูกต้องตามข้อเท็จจริงที่ข้าพเจ้าได้รับรู้มา

ชื่อ - สกุล..... หมายเลขอรหัสพท.....

หน่วย/ สาขา.....

แบบฟอร์มรายงานของแพทย์ผู้รักษา

Patient's Name/Surname..... HN..... AN.....

Age.....years Sex Male Female

ID No.....

Admission Date.....Time..... Discharge Date.....Time.....

For Illness:

1. Date you first saw this patient for this illness:
2. Chief complaint and duration of symptoms:
3. In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness:

For Accident :

1. Date & time of accident..... Date & time you first saw this patient.....
2. Cause of accident, nature of wound, injured organs:
3. Was the patient under the influence of alcohol or drugs at the time of arrival to the hospital?
 No Yes, please give details Blood alcohol test =mg%

Patient Clinical findings (Symptoms & Signs):

Underlying diseases :

Did the patient need to be admitted to hospital? No Yes, please give the indication.....

Expected Length of stay.....day(s) For accident: Estimated time for recovery.....

Investigation & Result:

HIV test Not done Done Result..... Date performed.....

Are the investigations relevant to the diagnosis? No Yes

Final Diagnosis 1: ICD-10 code.....

Diagnosis 2: ICD-10 code.....

Diagnosis 3: ICD-10 code.....

Treatments given (such as number of stitches, medical given, physiotherapy,etc):

Surgery /Operation: ICD -9CM or 10M.....

Date of operation..... Result / Complications:

Pathology result.....

Is the illness related to alcohol, drug, abuse or addiction? No Yes, please give details

For female: Is the patient pregnant? No Yes Gestational ageWeeks

Was the treatment related to pregnancy or treatment of infertility? No Yes.....

Has the patient been treated by other doctor? No Yes, please give name and address

To the best of your knowledge, please give details of all previous consultations for serious disorders for this patient.

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Physician / Hospital Name

Other comments:

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.

Signature License number:

(.....) Specialty:

Date.....

แบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) เนื่องจาก

การเจ็บป่วย หรือ อุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA)



ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย

ชื่อ - สกุล.....	อายุ.....ปี	รายละเอียดกรมธรรม์ประกันกลุ่ม	
โทรศัพท์บ้าน.....	มือถือ.....	อาชีพ.....	ชื่อบริษัท.....เลขที่กรมธรรม์ G.....
ที่อยู่.....			วันที่มีผลบังคับ.....วันหมดอายุ.....
บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/ใบเข้าเมือง เลขที่.....		งบเงิน OPD.....บาท งบเงิน ER.....บาท	
อาการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ		งบเงินค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุ.....บาท	
ลักษณะอาการหรือการเกิดอุบัติเหตุ.....			
วันที่เกิดอุบัติเหตุ.....เวลา.....		กรณีอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA)	
สถานที่เกิดอุบัติเหตุ.....		วันที่เกิดอุบัติเหตุ.....เวลา.....	
ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บและลักษณะการบาดเจ็บ/บาดแผล.....		เลขที่กรมธรรม์.....	
		วันที่มีผลบังคับ.....วันหมดอายุ.....	
		การเกิดเหตุครั้งนี้	
		<input type="checkbox"/> ไม่เคยรักษาที่ใด	
		<input type="checkbox"/> เคยรักษาที่สถานพยาบาล.....	
		เมื่อวันที่.....โดยชำระเงินเอง หรือ เจ้าสิทธิไปแล้วเป็น	
		จำนวนเงิน.....บาท	

หนังสือให้ความยินยอม (Consent)

- ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้บริษัทฯ จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาใน โดยถือสมenstein แห่งบริษัทฯ ได้จ่ายขอเชยค่าการรักษาพยาบาล ให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะ เป็นผู้ช่วยให้แก่สถานพยาบาลโดยตัวเอง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านสถานพยาบาลหาก ตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ตอบคำถามทั้งหมดตามความเป็นจริงและยินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งได้ทำการรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจเปิดเผยถึงการ เจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ในสังญา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของสถานพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้า แก่บริษัท トイเกียวาร์ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ อนึ่ง สำเนาข้อความดังนี้ได้รับการรับรองสำเนาถูกต้องโดย บริษัทฯ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้ เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย/ผู้ป่วย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
วันที่.....

ลายเซ็นพยาบาล

วันที่.....

(กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองตามกฎหมาย ลงนามแทนพร้อมระบุความสมั่นพร้าว)

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา

Patient's name.....HN.....Date of visit

Chief Complaint.....

Present illness / Details of injury.....

Symptom & Signs

Is the illness directly related to an accident No Yes Date of injury.....

Diagnosis 1.....ICD 10

Diagnosis 2.....ICD 10

Investigation / result (please specify).
.....

Treatment Suture Wound dressing Physical therapy Others.....

Medication/ Supply 1)quantity.....amount.....baht
2)quantity.....amount.....baht
3)quantity.....amount.....baht
4)quantity.....amount.....baht

Doctor Fee.....

Discount item 1.....%.....baht / Discount item 2.....%.....baht

Total amount.....baht / Total reimbursement amount.....baht

Is the illness or injury influenced by alcohol or drugs No Yes Other Comment:

For female: Was the patient pregnant at the time of treatment? No Yes weeks (LMP.....)

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.

Hospital / Clinic Name Telephone No.....Fax No.....

Name of physician..... License No.....Specialty