

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย

ชื่อ - นามสกุล..... กรมธรรม์เลขที่..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... เพศ.....
 บัตรประจำตัวประชาชน อื่นๆ..... เลขที่..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ.....
สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....
เบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อขอข้อมูลเพิ่มเติม.....

ช่องทางรับเงินค่าสินไหมในครั้งนี้

- บัญชีพร้อมเพย์ เลขบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย
 บัญชีธนาคาร..... สาขา.....
เลขที่บัญชี..... ชื่อบัญชี.....

รับค่าสินไหมเร็วกว่า ด้วยเงินโอน
กรณีไม่ประสงค์ช่องทาง เอฟดับบลิวดี
จะโอนเข้าบัญชีพร้อมเพย์ หากโอน
ไม่สำเร็จจะจ่ายเป็นตราพด ซึ่งอาจ
สูญหายหรือได้รับค่าสินไหมล่าช้า

สะดวกและรวดเร็วขึ้น

เพียงยื่นเคลมผ่าน
บริการออนไลน์
สแกนเลย



สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้เนื่องจาก

- เจ็บป่วย อากาศ.....
อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาครั้งนี้.....
สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนที่จะได้รับการรักษาครั้งนี้..... วันที่เข้ารับรักษา.....
 อุบัติเหตุ กรุณาระบุข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้
1. วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... น.
2. สถานที่เกิดเหตุ.....
3. สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ และลักษณะการบาดเจ็บ / บาดแผล (โดยละเอียด).....
4. มีการแจ้งความไว้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือไม่
 ไม่ได้แจ้ง สาเหตุเนื่องจาก.....
 แจ้งเมื่อวันที่..... ที่สถานีตำรวจ..... จังหวัด..... (กรุณาแนบสำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ)
5. กรุณาระบุชื่อบริษัทประกันอื่นที่ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี).....

ข้อมูลการรักษา กรุณาระบุอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เป็นเหตุของการเรียกร้องสินไหมและสถานที่เข้ารับการรักษา

อาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย

ชื่อแพทย์ และ โรงพยาบาล / สถานพยาบาล / คลินิก

วันที่รับการรักษา / ระยะเวลาที่รักษา

การมอบอำนาจ

- ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งหรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะไม่ได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :

- * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
- * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปี บริบูรณ์ให้บิดา/มารดา ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
- * กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย : วันที่ : พยาน : พยาน :
 (.....) ความสัมพันธ์ : (.....) (.....)

ผู้ให้ความยินยอม : ในฐานะ บิดา/มารดา
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
 (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทผู้รับประกันภัยโดย scan QR Code

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน.....ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย
 (.....) (.....)
 ความสัมพันธ์.....วันที่...../...../.....
 (เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร่องได้)
 วันที่...../...../.....

หมายเหตุ ท่านจะต้องชำระค่าธรรมเนียมการกรอกแบบฟอร์มของแพทย์ด้วยตนเอง

ข้อควรทราบ: ผู้ใดโดยทุจริตหลอกลวงบริษัทประกันภัย หรือผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จหรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้งและโดยการหลอกลวงดั่งว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากบริษัทประกันภัยที่ถูกหลอกลวงนั้น หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้บริษัทประกันภัยที่ถูกหลอกลวงนั้นหรือบุคคลที่สาม ทำถอน หรือ ทำลายเอกสารสิทธิ์ ผู้ที่นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกงซึ่งความผิดในทางอาญาต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกใสดหนึ่ง ตามประมวลกฎหมายอาญา หมวด 3 ความผิดฐานฉ้อโกง มาตรา 341

ส่วนนี้กรอกโดยแพทย์ผู้ตรวจรักษา ซึ่งกรอกข้อความต่างๆ ลงในแบบฟอร์มนี้จะต้องเป็นแพทย์ปริญญา และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

Patient's Name : Age : years Sex : Male Female
 ID No..... H.N.#..... A.N.#.....
 Date admitted..... Time..... Date discharged..... Time.....

1. For Illness
 - A. Date you first saw this patient for this symptom / illness :
 - B. Chief complaint and duration of symptom(s) :
2. For Accident
 - A. Date & time of accident : Date : Time :
 - B. Cause of accident :
 - C. Details of accident :
 - D. Did you smell alcohol from the patient? No Not known Yes, blood alcohol test (if any) = mg%
 - E. Level of consciousness Full Consciousness Confusion Drowsiness Semi-coma Coma
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 (Signs & Symptoms)
6. Investigation & Result (Lab, EKG, X - ray, etc.).....
7. HIV Test No Yes Date..... Result.....
8. Underlying disease :
9. Diagnosis : ICD10-TM :
10. Treatment given (such as number of stitches, medical given, physiotherapy, etc.)
 - (a).....
 - (b) Surgery performed : ICD9-CM :
 Anesthesia Type : General Anesthesia Spinal Anesthesia Local Anesthesia Others.....
 Pathology result.....
 Surgeon's Name..... Date of Operation.....
 - (c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion No Yes, please give detail

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

12. To the best of your knowledge, please give details of all consultations of serious disorders of the patient in the past.

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor / Hospital's Name

13. For Female: Was she pregnant around the time of treatment? No Yes.....Weeks (LMP :))

Was the treatment relate to infertility? No Yes.....

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.

Stamp Hospital Seal

Signed by.....Physician Date.....

(.....)

License No.....

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง ตามประมวลกฎหมายอาญา หมวด 3 ความผิดเกี่ยวกับเอกสาร มาตรา 269