

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมอุบัติเหตุ หรือ ค่ารักษาพยาบาล

ส่วนที่ 1 (Form A)

** กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง **

เลขที่กรมธรรม์.....	โทรศัพท์.....	วันที่นำส่ง
ชื่อผู้นำส่ง.....	รหัสน.....	สาขา.....
ชื่อตัวแทน.....	โทรศัพท์.....	สาขา.....

ผลประโยชน์ ☐ AME ☐ AI ☐ PA ☐ HS ☐ OPD ☐ HB ☐ DD ☐ WP

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... เลขที่บัตรประชาชน.....
วัน เดือน ปี เกิด อายุ..... ปี สัญชาติ..... สถานะ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ชื่อหมู่บ้าน/อาคารชุด..... หมู่..... ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail address.....
บริษัทประกันอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ) เลขที่กรมธรรม์ของบริษัทอื่นๆ.....
อาชีพ..... สถานที่ทำงาน และที่อยู่ทำงาน.....
รายได้ บาท/เดือน หมายเลขโทรศัพท์.....
2. กรณีเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย.....
ระยะเวลาของอาการก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้.....
ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ วันที่เข้ารับการรักษา.....
3. กรณีอุบัติเหตุ วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ..... น. สถานที่เกิดเหตุ.....
โปรดระบุลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด.....
ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....
วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย..... ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และทราบดีว่า หากกรอกข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องในการเรียกร้องค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้

กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย
(.....)

ข้าพเจ้าประสงค์จะรับเงินโดย :-
☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร กรุณานำแบบสำเนาหน้าบัญชีธนาคาร (บริษัทจะโอนเงินเข้าบัญชีด้านล่าง ภายใน 1 วันทำการ นับถัดจากวันที่อนุมัติสินไหม) โปรดระบุ ชื่อเจ้าของบัญชี..... เลขที่บัญชี..... ธนาคาร..... สาขา.....
☐ เช็ค (กรณีเลือกรับโดยเช็ค ท่านจะได้รับค่าสินไหมล่าช้ากว่าวิธีโอนเงินเข้าบัญชี ฯ เนื่องจากมีขั้นตอนในการจัดทำเช็คและส่งออก)
โปรดระบุสถานที่จัดส่งเช็ค ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ที่ใดให้ไว้กับบริษัทฯ ตามข้อ 1. ☐ นำส่งที่สาขาเพื่อนำไปบริการ

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท บริษัทประกันภัยต่อ ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์/ผู้ทรงกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

การให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้ บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาสินไหมทดแทน การจ่ายค่าสินไหมทดแทน และการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดระยะเวลาการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ข้างต้น และจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวต่อไปอีก 11 ปี นับแต่สิ้นสุดการดำเนินการดังกล่าว เว้นแต่มีกฎหมายกำหนดหน้าที่ไว้เป็นอย่างอื่น และข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอม ขอเข้าถึงข้อมูล ขอสำเนาข้อมูล ขอให้โอนข้อมูล ขอให้แก้ไข ขอให้ลบ ทำลาย ขอคัดค้าน หรือ ขอระงับใช้ข้อมูลส่วนบุคคล และข้าพเจ้ามีสิทธิร้องเรียนกรณีการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลได้ ตามที่ พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 กำหนด โดยข้าพเจ้าได้ศึกษานโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://samsunglife.co.th/privacypolicy/> เป็นอย่างดีแล้ว การติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือ ร้องขอใช้สิทธิตามที่กฎหมายกำหนด สามารถติดต่อผ่านเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท (DPO) ณ สำนักงานใหญ่ของบริษัท ตั้งอยู่เลขที่ 2922/222-227 อาคารชาเลนเจอร์สระทาวเวอร์ 2 ชั้น 15 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าการปฏิบัติตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :

* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้ให้ความยินยอม:	วันที่:	พยาน:	พยาน:
.....			
(.....) ความสัมพันธ์		(.....)	(.....)

ใบรายงานความเห็นแพทย์

Attending Physician’s Statement

กรุณารอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ
Must be completed by doctor at Insured's expense

ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันกันอายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก ก.ก.
Insured's Name Age Year Height Cm. Weight Kg.
1. For Accident วันที่เกิดอุบัติเหตุ.....น.
Date of accident Time
2. For Illness อาการของโรคเป็นมานานเท่าใด
How long had the patient experienced these symptoms

ข. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ
State briefly the cause of disability suffered and describe its nature severity.
.....
.....

ค. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอ็กซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ
State briefly the result of Neurological examination, Laboratory tests, X-rays, etc.
.....
.....

ง. กรุณาระบุการรักษาที่ผู้เอาประกันภัยได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ
State briefly the character of treatment since the disability occurred.
.....
.....

จ. การวินิจฉัย
Diagnosis

ฉ. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ
Any Complications

ช. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ จนถึง ที่
Treatment render by you since Until At
ชนิดของการรักษา
Character of treatment

ข. การตรวจร่างกาย Physical Examination			
1.กำลังของกล้ามเนื้อ Muscle Power	Arm Right side Grade: 0 I II III IV V Left side Grade: 0 I II III IV V	Leg Right Side Grade: 0 I II III IV V Left Side Grade: 0 I II III IV V	
2.ระดับความรู้สึกตัว Level of Consciousness	☐ รู้สึกตัว Alert	☐ สับสน Confuse	☐ สลึมสลือ Drowsy ☐ ไม่รู้สึกตัว Unconscious
3.ความสามารถในการฟัง Listening	☐ ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding	☐ มีความยากลำบากในการพูด Difficult In Understanding	☐ ฟังไม่ได้เลย Can't Understanding
4.ความสามารถในการพูด Speaking	☐ พูดเหมือนปกติ Normal	☐ มีความยากลำบากในการพูด Motor Dysphasia	☐ พูดไม่ได้เลย Motor Aphasia
5.ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life	☐ ทำได้เอง Totally Independent	☐ ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย Dependent With Assistance	☐ ทำเองไม่ได้เลย Totally Dependent
6.ความสามารถในการเดิน/เคลื่อนตัว Mobility	☐ เดินได้เอง Totally Independent	☐ เดิน/เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย Dependent With Galt aid	☐ เดิน/เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย Totally Dependent
7.ความสามารถในการทำงาน Working	☐ ทำงานได้ Able	☐ ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย Able In Adaptive Circumstances	☐ ไม่สามารถทำงานได้ Unable
8.ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	☐ ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง Temporary Total Disabled	☐ ทุพพลภาพถาวรบางส่วน Permanent Partial Disabled	☐ ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง Permanent Total Disabled
9.พยากรณ์โรค Prognosis	☐ ดีขึ้น Improving	☐ คงที่ Stable	☐ แย่ลง Poor
10.ความเห็นเพิ่มเติม Additional Comment			

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย :ลายมือชื่อ
Name of Physician Signature
หมายเลขใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ :คุณวุฒิ :วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา :
Thailand's Medical Registration No. Qualification
ชื่อของสถานพยาบาล :หมายเลขโทรศัพท์ :วันที่ตรวจ :
Name of Hospital Telephone No. Date of Examination