

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมอุบัติเหตุ หรือ ค่ารักษาพยาบาล

ส่วนที่ 1 (Form A)

** กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนด้วยตัวบรรจง **

เลขที่กรมธรรม์.....	โทรศัพท์.....	วันที่นำส่ง
ชื่อผู้นำส่ง.....	รหัส.....	โทรศัพท์.....
ชื่อตัวแทน.....	รหัส.....	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) เลขที่กรมธรรม์ของบริษัทอื่น.....
อาชีพ..... สถานที่ทำงาน และที่อยู่ทำงาน.....
รายได้ บาท/เดือน หมายเลขโทรศัพท์.....
2. กรณีเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย.....
ระยะเวลาของอาการก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้.....
ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ วันที่เข้ารับการรักษา.....
3. กรณีอุบัติเหตุ วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ..... น. สถานที่เกิดเหตุ.....
โปรดระบุลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด.....
ลักษณะบาดเจ็บ ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....
วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย..... ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และทราบดีว่า หากกรอกข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องในการเรียกร้องค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้

*****กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์***** ลงชื่อ.✕.....ผู้เอาประกันภัย
(.....)

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

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า และ/หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท บริษัทประกันภัยต่อ ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์/ผู้ทรงกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย

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 และการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดระยะเวลาการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ข้างต้น และจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวต่อไปอีก 11 ปี นับแต่สิ้นสุดการดำเนินการดังกล่าว เว้นแต่มีกฎหมายกำหนดหน้าที่ไว้เป็นอย่างอื่น และข้าพเจ้าทราบดีว่า 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 ร้องขอให้สิทธิตามที่กฎหมายกำหนด สามารถติดต่อผ่านเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท (DPO) ณ สำนักงานใหญ่ของบริษัท ตั้งอยู่เลขที่ 2922/222-227 อาคารชาเลนเจอร์สระหวาเวอร์ 2 ชั้น 15 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

อนึ่ง สำเนาในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :

- * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
- ** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

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

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา (Attending Physician Summary)

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

ส่วนที่ 2 (Form B)

Patient's Name					Age: years					sex: ☐ Male ☐ 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? ☐ No ☐ 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? ☐ No ☐ Yes																																		
4. Date first saw the patient for this illness / injury:																																		
a) Present Illness / Detail of Injury:																																		
b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs)																																		
c) Underlying disease:																																		
5. (a) Pertinent lab / Investigations / Pathology Studies:																																		
(b) HIV Test ☐ Yes, result ☐ No																																		
6. Diagnosis 1 ICD 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Diagnosis 2 ICD 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																																		
Diagnosis 3 ICD 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Diagnosis 4 ICD 10 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																																		
(Including principle underlying condition and complication)																																		
a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.):.....																																		
b) Operation: ICD 9 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Pathology report:																																		
Surgeon's Name Specialty Date performed.....																																		
c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion. ☐ No ☐ Yes, please give detail																																		
.....																																		
7. (a) Result of Treatment: ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor																																		
(b) Possibility of recurrence? ☐ Yes ☐ No																																		
8. a) Date of the last treatment / Follow up:																																		
b) The patient 's symptoms at the time of your last consultations / examination?																																		
9. Was the patient referred to you by other physician (s)? ☐ Yes ☐ No																																		
Doctor: Clinic / Hospital:																																		
10. Was the injury / illness contributed to or influenced by any of the following (e.g., Pre-existing weakness or extended period of disability)?																																		
a) Physical defects / congenital anomaly ☐ No ☐ Yes																																		
b) Unfavorable past medical history ☐ No ☐ Yes																																		
c) Degenerative change (s) ☐ No ☐ Yes																																		
d) A family history that increased the probability or severity of this disease ☐ No ☐ Yes																																		
e) Doctor's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increased risk? ☐ No ☐ Yes																																		
f) Alcohol or drugs ☐ No ☐ Yes																																		
If the answer is "yes", please specify																																		
11. Other past medical history:																																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">Date</th> <th style="width:25%;">Diagnosis</th> <th style="width:25%;">Treatment</th> <th style="width:15%;">Duration</th> <th style="width:20%;">Doctor/Hospital's Name</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>																				Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor/Hospital's Name										
Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor/Hospital's Name																														
.....																																		
.....																																		
12. FOR FEMALE: Was the patient pregnant at the time of treatment? ☐ No ☐ Yes Weeks (LMP:)																																		
: Was the treatment related to infertility? ☐ No ☐ Yes																																		
13. 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																																		
ข้อควรทราบ ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 269 ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าเสียหายในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง																																		

หนังสือให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่
วันที่

เรียน แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, แพทย์ที่เกี่ยวข้อง
หรือ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง โรงพยาบาล.....
เรื่อง แจ้งความจำนงค์และให้ความยินยอมในการเปิดเผยประวัติและขอรับประวัติการรักษา

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต(ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ผู้แทนของบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการดำเนินการเกี่ยวกับการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน การจ่ายค่าสินไหมทดแทน และ/หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรรมสิทธิ์ประกันภัยได้

การให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต(ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและ/หรือ ผู้รับประโยชน์ (กรณีเป็นผู้เยาว์) ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการที่เกี่ยวกับการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน การจ่ายค่าสินไหมทดแทน และการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับกรรมสิทธิ์ ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดระยะเวลาการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ข้างต้น และจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวต่อไปอีก 11 ปีนับแต่สิ้นสุดการดำเนินการดังกล่าว เว้นแต่มีกฎหมายกำหนดเป็นอย่างอื่น และข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอม ขอเข้าถึงข้อมูล ขอสำเนาข้อมูล ขอให้โอนข้อมูล ขอให้แก้ไข ขอให้ลบ ทำลาย ขอคัดค้าน หรือ ขอระงับใช้ข้อมูลส่วนบุคคล และข้าพเจ้ามีสิทธิร้องเรียนกรณีการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลได้ ตามที่ พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 กำหนด โดยข้าพเจ้าได้ศึกษานโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://samsunglife.co.th/privacy-policy/> เป็นอย่างดีแล้ว การติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือ ร้องขอใช้สิทธิตามที่กฎหมายกำหนด สามารถติดต่อผ่านเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท (DPO) ณ สำนักงานใหญ่ของบริษัท ตั้งอยู่เลขที่ 2922/222-2227 อาคารชาเลนเจอร์ฮาวเวอร์ 2 ชั้น 15 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียด ครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ: * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ☐ ผู้รับประโยชน์ ☐ ผู้เอาประกันภัย
(.....) ☐ ผู้ชำระเบี้ยประกัน
โทร: ☐ ทายาทโดยชอบธรรม/ผู้แทนโดยชอบธรรม
วันที่: ☐ ผู้จัดการมรดกของ
กรรมธรรม์เลขที่.....

ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทน ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทน
(.....) (.....)