



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย ACCIDENT / ILLNESS CLAIM FORM

ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ Medical Expenses เสียชีวิต Accidental Death ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง Total Permanent Disability ลู่ยน้ำเสื่อมขาขาด Dismemberment
 ค่าตอบแทนรายได้ที่ขาดหายไปในโรงพยาบาล Compensate for hospital income อื่นๆ Other.....

1. ชื่อของลูกค้าที่เอาประกันที่ <input type="checkbox"/> Insured Name.....	เพศ Sex <input type="checkbox"/> ชาย Male <input type="checkbox"/> หญิง Female อายุ Age
วันเดือนปีที่เกิด Date of Birth	หมายเลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง ID/Passport Number
กรมธรรม์เลขที่ Policy No.....	ผู้ถือกรมธรรม์ Policy Holder.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ Contact Address	โทรศัพท์ Telephone
Email.....	
2. กรณีเข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุใด For illness <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย入院 (IPD) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (Other).....	
2.1 ชื่อสถานที่โรงพยาบาล Hospital Name.....	วันที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก OPD Visit Date
วันที่ได้เข้ารักษาด้วยสาเหตุปัจจุบัน Admission Date	วันที่ออกจากโรงพยาบาล Discharge Date
2.2 อาการที่เริ่มป่วย Symptoms.....	วันที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย First date of symptoms
2.3 ผลการตรวจเชิงชẩnแพทย์ Diagnosis.....	โรคประจำตัว Underlying diseases
เป็นตัวตนเมื่อไหร่ When did you know?.....	ที่รักษา Where treatment?
3. กรณีอุบัติเหตุ/ อุบัติเหตุอาชญากรรม/ ฉุกเฉียบร้ายร่างกาย/ จราจรส/ ก่อการร้าย กรณีดังนี้ For Accident, Assault, Riot or Terrorism	
3.1 วันที่เกิดอุบัติเหตุ Accident Date	เวลา Time
สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Place of accident	
3.2 อธิบายรายละเอียดสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ Cause of accident, please description	
3.3 ยักษ์ความทันท่วงที่ได้รับบาดเจ็บ และศักยภาพบาดแผล Nature of wound and injured organs.....	
3.4 ชื่อสถานที่โรงพยาบาล Hospital Name.....	วันที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก OPD Visit Date
วันที่เข้ารักษาด้วยสาเหตุปัจจุบัน Admission Date	วันที่ออกจากโรงพยาบาล Discharge Date
3.5 อุบัติเหตุซึ่งเคยรักษาไว้ในภายหลังหรือไม่ Has this accident ever been preserved? <input type="checkbox"/> ไม่ Yes <input checked="" type="checkbox"/> เคย Yes วันที่ Where of treatment.....	เมื่อวันที่ Date of treatment
(โปรดแนบรายการ Please, attached documents)	
3.6 วิ่งไลน์แจ้งความหรือไม่ Alert the police <input type="checkbox"/> ไม่ Yes <input checked="" type="checkbox"/> แจ้ง Yes สถานีตำรวจนครบาล Police Station.....	วันที่ Date
3.7 ผู้ใช้เครื่องวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดหรือไม่ Measure alcohol level <input type="checkbox"/> ไม่ Yes <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ Yes ผลการตรวจ Alcotest Level mg% (โปรดแนบผลการตรวจตัวบัน性命ลักษณ์ที่แนบมา Please, attached result)	
4. กรณีที่เป็นเพศหญิง ท่านมีการตั้งครรภ์หรือไม่ For female, are you pregnant? <input type="checkbox"/> ไม่ Yes <input checked="" type="checkbox"/> ใช่ Yes อายุครรภ์ Gestational age..... สัปดาห์ Wks	
5. ขั้นตอนการรับค่าเสื่อมที่ได้รับ How to receive compensation	
<input type="checkbox"/> เช็ค Cheque <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร Bank Transfer (หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ ที่เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระผู้ขอรับสิทธิ์ If there are any charges, this is my responsibility.)	
ประเภทบัญชี Bank Account Type	ธนาคาร Bank Name
ชื่อบัญชี Account Name	เลขที่บัญชี Account No
หนังสือเดินทางบ้านสุกัญญาที่อยู่อาศัย บัตรคนงาน ฉบับภาษาไทย / ทะเบียนราษฎร / เอกสารประจำตัว ของผู้ลูกประกันทันที Copy of Passbook in Thailand	
6. ข้าพเจ้าประสงค์ขอใบเสร็จคืนบัญชีใบเสร็จและใบรับรองแพทย์คนพื้นบ้านเพื่อเบิกบัญชีสิทธิการอื่นๆ ที่อยู่จังหวัดอื่นๆ <input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามบัตรประจำตัว <input type="checkbox"/> ที่อยู่ที่ระบุในเอกสารนี้ A request for the return of the original receipt and a medical certificate for other benefits <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, Address.....	

- I hereby certify that all statements are true. And allow doctors, hospitals, insurance companies, organizations, institutions, or individuals. Save my history of illness or medical history. Disclose all facts to Southeast Insurance Public Company Limited or the insurer. A copy of this consent is deemed to be fully effective.

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 35, No. 4, December 2010
DOI 10.1215/03616878-35-4 © 2010 by The University of Chicago

⁶ See also the discussion of the relationship between the two in the section on "Theoretical Implications."

full date / /

@ Sign ፩፻፲፭

(.....)

249 Date _____

โปรดระบุความสัมพันธ์ Please specify relationship



การเรียกร้องผลประโยชน์

ผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัย ผู้เอาประกันภัยหรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องส่งหลักฐาน ลงต่อไปนี้ให้แก่บริษัทภายใน 30 วันนับจากวันที่เข้ารับการรักษาจาก โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเวชกรรม หรือ คลินิก หรือสถานอนามัยโดยค่าใช้จ่ายตนเอง

- 1.แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
- 2.ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล
- 3.สำเนาใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลหรือสำเนาใบสรุปปีด

หน้างบกับใบเสร็จรับเงิน

การไม่ส่งหลักฐานภายในระยะเวลาดังกล่าวไม่ทำให้สิทธิในการเรียกร้องเสียไปหากแสดงให้เห็นว่ามีเหตุอันสมควรที่ไม่สามารถส่งหลักฐานดังกล่าวได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่ได้ส่งโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะกระทำได้แล้ว ถ้าข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้ดังหรือแบ่งกับข้อความในกรมธรรม์ประกันภัย ให้ใช้ข้อความในเอกสารแนบท้ายนี้แทน

ส่วนเงื่อนไขสัญญาประกันภัยและข้อหาเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัยคงใช้บังคับตามเดิม