



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหม ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ

Health Insurance Claim Form

ส่วนที่ 1: รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย - Section 1: Policy/Claimant Details

กรมธรรม์เลขที่/ Policy Number. / / -

วันคุ้มครอง/ Period of Insurance / / ถึง/To / /

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย/Policyholder นาย(Mr.) นาง(Mrs.) นางสาว (Miss).....

อาชีพ/Occupation บัตรประชาชน/ ID Card บัตรข้าราชการ/Government Officer Card

อื่น ๆ ระบุ/Other, namely..... เลขที่/ID Card No.

วันเดือนปี เกิด / Date of birth / /

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก /Contact Details: ที่ทำงาน /Office Tel..... ที่บ้าน/ Home Tel.....

มือถือ/ Mobile Phone..... โทรสาร/ Fax..... อีเมล/ E-mail.....

ชื่อ-สกุล ผู้รับผลประโยชน์ /Claimant นาย (Mr.) นาง (Mrs.) นางสาว (Miss).....

ความสัมพันธ์เป็น /Relationship to Policyholder..... วันเดือนปีเกิด/Date of birth / /

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก (ที่ทำงาน/ที่บ้าน/มือถือ)/ Contact Tel (Office/Home/Mobile).....

ส่วนที่ 2: รายละเอียดการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน - Section 2: Claim Details

วันเดือนปี ที่เกิดเหตุ / / เวลาประมาณ : น. สถานที่เกิดเหตุ

Date of Incident/Onset of Illness

Time of Incident

Place of Incident

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหรือวันที่พบหมอครั้งแรก/ Date of admission/first doctor's visit / /

กรณีที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลขอทราบวันที่ออกจากโรงพยาบาล/ In case of admission, date of discharge / /

กรณีเจ็บป่วย (หากไม่ได้เกิดจากอาการเจ็บป่วยโปรดข้ามส่วนนี้ไป) In case of illness (For accidents, please go to questions further below)

บรรยายลักษณะของอาการเจ็บป่วยโดยสังเขปได้ดังนี้

Brief details on how the illness started

บรรยายประวัติการเจ็บป่วย/การรักษาโดยสังเขป.....

Brief details on the illness/treatment history

การวินิจฉัยโรค/ Diagnosis.....

กรณีเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในครั้งนี้เป็นความประสงค์ของ/In case of admission, admitted on orders of

แพทย์/Doctor ตัวท่านเอง/Yourself เหตุผล/for reason.....

ท่านเคยเข้ารับการรักษาอาการเช่นนี้มาก่อนหรือไม่/ Have you suffered from same disease before?

ไม่ (No) เคย (Yes) เมื่อประมาณวันเดือนปีใด. Specify when & treatment received.....

กรณีเกิดอุบัติเหตุ (หากไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุโปรดข้ามส่วนนี้ไป) In case of accident, please fill out questions below

บรรยายลักษณะของการเกิดเหตุโดยสังเขปได้ดังนี้

Brief details on how the accident occurred

มีคู่กรณีหรือไม่ /Was there another party involved?.....

อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นครั้งนี้มีการแจ้งความหรือไม่ Was the accident reported to the police?

ไม่มี (No) มี (Yes) ชื่อสถานีตำรวจ /Station/Police officer Name.....

(กรุณานำฉบับนี้ที่ประจำวัน) (Please submit the police report)



มือซ้ายขวาส่วนใดบ้างที่ได้รับบาดเจ็บ พร้อมระบุว่า เคล็ด อดлок แดก หัก ขาด

Details of the injury/injuries (Please specify condition, like Sprain, Abrasion, Fracture, etc.)

กรุณาระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด ตามรายละเอียดข้างล่างนี้ /Total medical expenses as per below details

1. สถานพยาบาลชื่อ/ Hospital/Clinic วินิจฉัยว่าเป็น/ Diagnosis จำนวนเงิน Amount.....
2. สถานพยาบาลชื่อ/ Hospital/Clinic วินิจฉัยว่าเป็น/ Diagnosis จำนวนเงิน Amount.....

ถ้ามีใบแจ้งค่ารักษาพยาบาลมากกว่า 2 ฉบับ โปรดแยกรายละเอียดค่าใช้จ่าย/If more than 2 bills, please list summary on separate sheet.

ส่วนที่ 3: สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา - Section 3: To be completed by the attending doctor, if possible.

โรงพยาบาล./Hospital..... เลขประจำตัวผู้ป่วยทั่วไป /H.N

เลขประจำตัวผู้ป่วยในสถานพยาบาล/ A.N วันที่เข้าพักรักษาตัว Treatment/Admission date...../...../.....

เวลา/ Time ความดัน/BP..... อุณหภูมิ/T..... ชีพจร /P..... การหายใจ/R.....

อาการสำคัญ Chief Complaint/history.....

การเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเกิดอุบัติเหตุ หรือไม่ /Is the injury/illness directly related to an accident? ใช่ (Yes) ไม่ใช่ (No)

การเจ็บป่วย/อุบัติเหตุ มีผลเนื่องมาจากการดื่มแอลกอฮอล์, การใช้สารเสพติด, สารเคมี, ยา หรือ การรักษาหรือไม่ /Is the injury/illness influenced by the use of alcohol, drugs, chemicals or by previous medicine / treatment? ใช่ (Yes) ไม่ใช่ (No)

การวินิจฉัยโรค/ Diagnosis

อาการก่อนหน้านี หรือโรคประจำตัว /Underlying conditions/disease.....

เหตุผลสำหรับการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล/ Reason for admission.....

แผนการรักษา /Further treatment planned, if any.....

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล/ Expected length of stay..... วัน/ day(s) ค่ารักษาโดยประมาณ (บาท) Estimated cost of treatment (THB).....

การเจ็บป่วยเป็นการเจ็บป่วยที่รักษามาก่อน /Previous treatment for similar illness..... ใช่ (Yes) ไม่ใช่ (No)

วันที่ได้รับคำปรึกษา/ Date of previous treatment...../...../.....โรงพยาบาล/ Hospital.....

ข้อคิดเห็นอื่น ๆ /Other comments.....

ลายเซ็นของแพทย์ หรือผู้ทำการรักษา/Doctor's Signature

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตในการรักษา/License Numberแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในด้าน / Specialty:.....

ส่วนที่ 4: ความประสงค์ของผู้เอาประกันภัย - Section 4: Reimbursement Details

ท่านมีความประสงค์ที่จะสอบถามขอเขตความคุ้มครองของการเรียกร้องสินไหมครั้งนี้กับบริษัทประกันบริษัทอื่น หรือไม่

Did you, or do you plan to seek coverage for this claim at another insurance company?

ไม่/No ใช่/Yes ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If yes, please specify.....

ข้าพเจ้าประสงค์เรียกร้องค่าสินไหมในครั้งนี้จำนวน

I would like to receive from Thaivivat Insurance Pcl the total amount of.....บาท โดย/ Baht, payment by

ขอให้โอนเงินเข้าบัญชีผ่านช่องทางธนาคาร Direct payment into the following account (กรุณแนบสำเนาเอกสารหน้าแรกของสมุดบัญชีเงินฝากมาด้วยทุกครั้ง Please attach copy of bank book to ensure correct payment)

ชื่อบัญชี/ Account name.....ประเภทบัญชี ออมทรัพย์/ Savings กระแสรายวัน /Current เลขที่ (No.).....

ชื่อธนาคาร/Bank nameสาขา/Branch..... จังหวัด/ Province

ขอติดต่อบริษัทสินไหมด้วยตนเองที่ บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) ที่ / Making the amount available by check at Thaivivat Insurance Pcl.

สำนักงานใหญ่/Head Office สาขา/ Branch.....

ขอให้ส่งผ่านช่องทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ ดังนี้ / Posting a check by registered mail to

ขอให้ส่งผ่านตัวแทน / นายหน้า ชื่อ /Deliver payment via agent / broker.....



บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่
71 ถนนดินแดง แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทร. 02-6950800 โทรสาร. 02-6950808
THAIVIVAT INSURANCE PCL.
71 Din Daeng Road, Samsen Nai, Phayathai, Bangkok 10400

ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้ ข้าพเจ้าในฐานะผู้เรียกร้องค่าเสียหายตามสัญญาประกันภัยขอให้ความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ณ ที่นี้ ต่อ บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) และผู้มีอำนาจกระทำการแทนบริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) รวมทั้ง แพทย์ สถานพยาบาล หรือบุคคลใด-ใดที่เกี่ยวข้องในการตรวจรักษา หรือพยาบาลในเรื่องใด-ใดก็ตาม ในอันที่จะให้, รับ และเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประวัติการรักษา ใบสั่งจ่ายยา วิธีให้การรักษาหรือบันทึกใด ๆ ทางการแพทย์ของ แพทย์ โรงพยาบาล หรือ บุคคลใดที่ให้การตรวจรักษาหรือพยาบาลในเรื่องใดๆ ก็ตาม ที่มีผลต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพทางจิตของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมว่า การถ่ายเอกสารหรือโทรสารเอกสารยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ฉบับนี้ มีผลใช้บังคับตามกฎหมาย เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับ
For proper evaluation of my claim, I herewith give permission to release all information and documents related to my past record of treatment by the doctors / hospitals to Thaivivat Insurance Public Co., Ltd. And Thaivivat's assigned representatives. A photocopy of this statement shall be valid as the original.

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นข้อมูลที่เป็นจริง และถูกต้องทุกประการ

I herewith confirm that, to my best knowledge, the information given above is true, accurate and complete.

ลงนาม ผู้เอาประกันภัย
Signature Insured
(.....)
..... / /

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว ดังนี้ / I attach supporting documentation as per details below:

- สำเนากรมธรรม์ประกันภัย / Copy of Insurance Certificate
- ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล / Original medical receipt with tax Invoice
(สามารถใช้นำใบเสร็จรับเงินหรืองบสรุปค่ารักษาที่รับรองสำเนาโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ฝ่ายการเงินพร้อมประทับตราถูกต้องได้ กรณีที่ซื้อความคุ้มครองแบบขาดเขยรายได้)
- ต้นฉบับเอกสารใบรับรองแพทย์ / Original medical report
- สำเนาบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง / Copy of ID card
- สำเนาเอกสารรายงานประจำวันเกี่ยวกับคดีของสำนักงานตำรวจแห่งชาติพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง / Copy of Police report
- สำเนาเอกสารชันสูตรการผู้บาดเจ็บ/ผู้เสียชีวิต พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง / Copy of Autopsy Report
- สำเนาใบมรณะบัตร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง / Copy of Death Certification
- สำเนาหนังสือรับรองการเสียชีวิต พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง / Copy of Certify death
- สำเนาเอกสารรายงานประจำวันเกี่ยวกับคดีของสำนักงานตำรวจแห่งชาติพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง / Copy of Police report
- เอกสารอื่นๆ ถ้าจำเป็น เช่น ผลตรวจสารแอลกอฮอล์ของเจ้าพนักงานสอบสวน เป็นต้น / Other documents, if available such as: Police alcohol report.

กรุณากรอกแบบฟอร์มข้างต้นให้สมบูรณ์ และ ส่งมาที่ ฝ่ายสินไหม บริษัทประกันภัยไทยวิวัฒน์ มหาชน (จำกัด) ตามที่อยู่ข้างล่างนี้

Kindly return the filled out claims form to Thaivivat Insurance Health Claims Department at:

ที่อยู่/ Post: ฝ่ายสินไหม / Claims Department
บริษัทประกันภัยไทยวิวัฒน์ มหาชน (จำกัด) / THAIVIVAT INSURANCE PCL.
71 ถนนดินแดง แขวง สามเสนใน / 71 Din Daeng Road, Samsen Nai
เขต พญาไท กรุงเทพฯ 10400 / Phaya Thai, Bangkok 10400