



บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่

71 ถนนดินแดง แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทร. 1231 แฟกซ์. 02-6950808

THAIVIVAT INSURANCE PCL.

71 Din Daeng Road, Samsen Nai, Phaya Thai, Bangkok 10400

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 (หากไม่ได้เกิดจากการเจ็บป่วยโปรดข้ามส่วนนี้ไป) 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) เมื่อประมาณวันเดือนปีที. 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?.....

อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นนี้มีการแจ้งความหรือไม่ Was the accident reported to the police?

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

(กรุณาแนบบันทึกประจำวัน) (Please submit the police report)



บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) สำนักงานใหญ่

71 ถนนดินแดง แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทร. 1231 แฟกซ์. 02-6950808

THAIVIVAT INSURANCE PCL.

71 Din Daeng Road, Samsen Nai, Phaya Thai, Bangkok 10400

มีอวัยวะส่วนใดบ้างที่ได้รับบาดเจ็บ พร้อมระบุว่า เคล็ด ถลอก แผล 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 มีผลเนื่องมาจากการใช้สารเสพติด, 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

อาการก่อนหน้านี้นี้ 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. 1231 แฟกซ์. 02-6950808

THAIVIVAT INSURANCE PCL.

71 Din Daeng Road, Samsen Nai, Phaya Thai, Bangkok 10400

ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้ ข้าพเจ้าในฐานะผู้เรียกร้องค่าเสียหายตามสัญญาประกันภัยขอให้ความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ณ ที่นี้ ต่อ บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) และผู้มีอำนาจกระทำการแทนบริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) รวมทั้ง แพทย์ สถานพยาบาลหรือบุคคลใดๆ ที่เกี่ยวข้องในการตรวจรักษา หรือพยาบาลในเรื่องใดๆ ก็ตาม ในอันที่จะให้, รับ และเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประวัติการรักษา ใบสั่งจ่ายยา วิธีให้การรักษาหรือ บันทึกรักษาใดๆ ทางกายภาพของ แพทย์ โรงพยาบาล หรือ บุคคลใดที่ให้การตรวจรักษาหรือพยาบาลในเรื่องใดๆ ก็ตาม ที่มีผลต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพทางจิตของ ข้าพเจ้า

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 PCL. 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

(.....)

..... / /

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

- สำเนากรมธรรม์ประกันภัย /Copy of Insurance Certificate
- ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล /Original medical receipt with tax Invoice
(สามารถใช้สำเนาใบเสร็จรับเงินหรือใบสรุปค่ารักษาที่รับรองสำเนาโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ฝ่ายการเงินพร้อมประทับตราถูกต้องได้ กรณีที่ข้อความ คู่มกรงแบบชัดเจนรายได้)
- 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
- เอกสารอื่นๆ ถ้าจำเป็น เช่น ผลตรวจสารแอลกอฮอล์ของเจ้าพนักงานสอบสวน เป็นต้น / Other documents, if available such as: Police alcohol report.

กรุณากรอกแบบฟอร์มข้างต้นให้สมบูรณ์ และ ส่งมาที่ ฝ่ายสินไหม บริษัทประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) ตามที่อยู่ข้างล่างนี้

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

ที่อยู่/ Post:

ฝ่ายสินไหมสุขภาพและอุบัติเหตุ / Health Claims Department

บริษัทประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) / THAIVIVAT INSURANCE PCL.

71 ถนนดินแดง แขวง สามเสนใน / 71 Din Daeng Road, Samsen Nai

เขต พญาไท กรุงเทพฯ 10400 / Phaya Thai, Bangkok 10400