

เลขที่รับแจ้ง วันที่ สาขา

ชื่อ - นามสกุลผู้แจ้ง ฯ โทรศัพท์ E-mail

ชื่อ - นามสกุลผู้เอาประกัน กรมธรรม์ฉบับที่ โทรศัพท์ E-mail

กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง หน้ารายชื่อเอกสารที่ได้มีการนำส่งเท่านั้น

เอกสารที่ต้องยื่นเพื่อประกอบการเรียกร้องสินไหมแต่ละประเภท มีดังนี้ (กรณีเอกสารไม่ถูกต้องสมบูรณ์ กรุณาส่งคืนเพื่อให้แก้ไขใหม่ให้ถูกต้อง)

ลำดับ	❶ กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล/ชดเชยรายวัน จากการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยใน	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/> 1	แบบฟอร์มเรียกร้องการประกันสุขภาพ		
<input type="checkbox"/> 2	ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ)		
<input type="checkbox"/> 3	ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลที่ผู้เอาประกันเข้ารับการรักษ (ต้นฉบับ หรือ สำเนา)		
<input type="checkbox"/> 4	ใบสรุปหน้างาน หรือรายละเอียดประกอบการรักษา		
<input type="checkbox"/> 5	หนังสือแสดงความยินยอมการขอยางานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
<input type="checkbox"/> 6	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
ลำดับ	❷ กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล แบบผู้ป่วยนอก OPD	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/> 1	แบบฟอร์มใบเรียกร้องเงินค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก OPD		
<input type="checkbox"/> 2	ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ)		
<input type="checkbox"/> 3	ใบรับรองแพทย์จากคลินิก หรือโรงพยาบาลที่ผู้เอาประกันเข้ารับการรักษ (ต้นฉบับ หรือ สำเนา)		
<input type="checkbox"/> 4	หนังสือแสดงความยินยอมการขอยางานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
<input type="checkbox"/> 5	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
ลำดับ	❸ กรณีเรียกร้องค่าชดเชยเนื่องจากอุบัติเหตุ (ไม่เสียชีวิต)	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/> 1	แบบฟอร์มใบแจ้งอุบัติเหตุ/ใบเรียกร้องทดแทนเนื่องจากอุบัติเหตุ		
<input type="checkbox"/> 2	ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ)		
<input type="checkbox"/> 3	ใบรับรองแพทย์จากคลินิก หรือโรงพยาบาลที่ผู้เอาประกันเข้ารับการรักษ (ต้นฉบับ หรือ สำเนา)		
<input type="checkbox"/> 4	หนังสือแสดงความยินยอมการขอยางานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
<input type="checkbox"/> 5	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
ลำดับ	❹ กรณีเรียกร้องทุพพลภาพ / สูญเสียอวัยวะ	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/> 1	แบบฟอร์มเรียกร้องชดเชยกรณีทุพพลภาพ		
<input type="checkbox"/> 2	ใบรายงานแพทย์(ตามแบบฟอร์มบริษัท และตามประเภทเรียกร้องประกันภัยทุพพลภาพ และ สูญเสียอวัยวะ)		
<input type="checkbox"/> 3	ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา		
<input type="checkbox"/> 4	สำเนาประวัติการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
<input type="checkbox"/> 5	หนังสือแสดงความยินยอมการขอยางานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
<input type="checkbox"/> 6	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
ลำดับ	❺ กรณีเรียกร้อง การเจ็บป่วยโรคร้ายแรง /โรคมะเร็ง	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/> 1	แบบฟอร์มเรียกร้องการประกันสุขภาพ		
<input type="checkbox"/> 2	ใบรายงานการแพทย์ (ตามแบบฟอร์มบริษัท และตามประเภทการเจ็บป่วย)		
<input type="checkbox"/> 3	ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา		
<input type="checkbox"/> 4	สำเนาประวัติการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
<input type="checkbox"/> 5	ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (ผลชิ้นเนื้อ) หรือ ผลตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) หรือ ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan)		
<input type="checkbox"/> 6	หนังสือแสดงความยินยอมการขอยางานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
<input type="checkbox"/> 7	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		

เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

ลงชื่อผู้รับแจ้ง/เจ้าหน้าที่สาขา.....ลงชื่อผู้แจ้ง.....

บริษัทฯ จะดำเนินการพิจารณาการชดใช้เงินสินไหมทดแทนภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ บริษัทฯ ได้รับเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมครบถ้วน ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริษัทชดใช้สินไหมทดแทนไม่เป็นไปตามเงื่อนไขความคุ้มครอง บริษัทฯอาจจะขยายระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามความจำเป็น และผู้เอาประกันจำเป็นต้องให้ชื่อเท็จจริงแก่บริษัท ทั้งนี้บริษัทฯ จะใช้เวลาและแจ้งผลให้ทราบภายในกำหนด 90 วันนับจากวันที่บริษัทได้รับเอกสารประกอบครบถ้วนแล้ว

ใบเรียกร้องเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก OPD

หมายเลขกรมธรรม์.....

เลขที่บัตรประชาชน.....

คำแนะนำ เพื่อการพิจารณาการเรียกร้องให้เป็นไปด้วยความรวดเร็ว โดยกรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วนและสมบูรณ์ แล้วส่งคืนไปยังบริษัท พร้อมใบรับรองแพทย์และใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ) ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่รักษา

1. ชื่อ และนามสกุลผู้เอาประกันอายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง

1.1 ประสงค์ให้บริษัท จ่ายเช็คในนามข้าพเจ้า

1.2 ประสงค์ให้บริษัท โอนเงินเข้าบัญชี

2. สถานที่จัดส่งเอกสาร ส่งตามที่อยู่.....

.....รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์

ส่งผ่านคุณสาขาโทรศัพท์

3. สาเหตุเนื่องจาก เจ็บป่วย อุบัติเหตุ (ระบุวันที่เกิดอุบัติเหตุ) อื่นๆ (ระบุ).....

4. เอกสารเพื่อประกอบการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	วันที่รักษา	สถานพยาบาล	สาเหตุ	จำนวนเงิน
1				
2				
3				
4				
5				

เฉพาะพนักงานสาขา ได้ตรวจเอกสารแล้วปรากฏว่า

ครบถ้วน ไม่ครบถ้วน

ขาดเอกสารดังนี้

ผู้ตรวจเอกสาร

สาขา

กรณีเอกสารไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วนกรุณาส่งคืนผู้เอาประกัน

ข้าพเจ้าผู้เอาประกันปฏิบัติตามกรมธรรม์เลขที่ดังกล่าวขอรับรองว่าการเจ็บป่วยและเอกสารประกอบการพิจารณาถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

ลายเซ็นผู้เอาประกันหรือผู้ปกครอง วันที่

กรณีขอเอกสารคืนเพื่อนำไปเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลจาก

โดยขอเป็น 1. รับรองการจ่ายโดยการประทับตรารับรองการจ่ายลงในเอกสารต้นฉบับ

..... 2. รับรองสำเนาถูกต้องในสำเนาเอกสาร (กรุณาแนบสำเนาใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ด้วย)

..... 3. อื่น ๆ

ใบอนุญาตให้เปิดเผยรายละเอียดการเจ็บป่วย

เรียน

ด้วย ได้รับการตรวจและรักษาที่

สถานพยาบาล เมื่อ

โดยเหตุที่ข้าพเจ้าได้เอาประกันชีวิตไว้กับ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมตามเงื่อนไขกรมธรรม์ ทางบริษัทฯ มีความจำเป็นต้องขอทราบรายละเอียด และประวัติการเจ็บป่วยจากแพทย์ผู้รักษา ฉะนั้น โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าซึ่งเป็นผู้เอาประกันชีวิตตามกรมธรรม์อนุญาตให้ท่าน , แพทย์ผู้รักษาและบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการตรวจรักษาให้รายละเอียดและประวัติการเจ็บป่วยแก่ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามที่บริษัทฯ ต้องการ

ขอแสดงความนับถือ

()

ผู้เอาประกันตามกรมธรรม์

ต่อด้านหลัง

หนังสือให้คำยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อเท็จจริงเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

กรณีที่เกี่ยวข้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล หรือบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย หรือ Fax Claims Service ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าว

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ กรณีที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย มิได้ขีดฆ่าหรือปกปิดข้อมูลศาสนาหรือหมู่โลหิตที่ปรากฏบนสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง เป็นต้น บริษัทจะดำเนินการขีดฆ่าหรือปกปิดข้อมูลเพื่อคุ้มครองข้อมูลอ่อนไหวของท่าน

ลงชื่อ

ลงชื่อ

.....

(.....) (.....)

ผู้เอาประกันภัย

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบ บรรณ / ผู้ใช้อำนาจ
ปกครอง
ของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ใบรับรองแพทย์ผู้รักษา

สถานพยาบาลใดไม่มีใบรับรองแพทย์ให้ผู้ป่วย ขอให้ใช้แบบฟอร์มฉบับนี้แทน

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ป่วย อายุ ปี เพศ () ชาย () หญิง
 เลขที่ประจำตัวประชาชน บัตรประจำตัวผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยมาพบท่านครั้งแรกเพื่อรักษาความเจ็บป่วยครั้งนี้เมื่อใด และผู้ป่วยมีอาการอย่างไร

3. ผู้ป่วยแจ้งท่านว่าเริ่มมีอาการป่วยมานานเท่าใด
 ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์อื่นก่อนหรือไม่? () เคย () ไม่เคย
 ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด

4. ท่านวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคอะไร
 Code ICD-10
 ท่านให้การรักษาด้วยวิธีใด
 ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องทดลอง

5. ผู้ป่วยเคยรับการรักษาหรือเข้าโรงพยาบาลเพื่อรักษาเกี่ยวกับโรคนี้ หรือ โรคภัยแรงอื่นๆ หรือไม่? () เคย () ไม่เคย
 ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียด

ชื่อ และที่อยู่ของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา
 โทรศัพท์

6. กรณีผู้ป่วยเป็น สตรี กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้
 ขณะเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีครรภ์หรือไม่? () มี เดือน () ไม่มี

ลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา วันที่

(.....)

คุณวุฒิของแพทย์ผู้รักษา ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่

สถานพยาบาล โทรศัพท์

(ประทับตราสถานพยาบาล)

คำแนะนำในการกรอกแบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก

- ผู้นำส่งหรือเจ้าหน้าที่สาขาจะต้องตรวจสอบเอกสารให้ครบสมบูรณ์
- ผู้เอาประกัน / ผู้ปกครองหรือตัวแทน กรอกข้อมูลในส่วนของ "ผู้เอาประกัน" พร้อมทั้งให้รายละเอียดของเอกสารที่นำส่งโดยครบสมบูรณ์ (ใบเสร็จค่ารักษาทุกฉบับจะต้องมีใบรับรองแพทย์แนบท้ายด้วยเสมอ)
- กรณีที่ผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ชำระเบี้ยหรือผู้ปกครองลงลายมือชื่อในช่อง "ลายเซ็นผู้เอาประกันหรือผู้ปกครอง" แทน

หนังสือให้คำยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อเท็จจริงเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือ ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

กรณีที่เกี่ยวข้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล หรือบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย หรือ Fax Claims Service ข้าพเจ้ายินยอมและ ตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่าชดเชยค่า รักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือ ความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทขอ สงวนสิทธิตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้า อยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทจะได้ออกความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัท ได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับ จากวันที่ได้รับค่างอกกล่าว

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียด ครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ กรณีที่ผู้มีสิทธิเรียกร้องสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย มิได้ชี้แจงหรือปกปิดข้อมูลศาสนาหรือหมู่โลหิตที่ปรากฏบนสำเนา บัตรประจำตัวประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง เป็นต้น บริษัทจะดำเนินการชี้แจงหรือปกปิดข้อมูลเพื่อคุ้มครองข้อมูลอ่อนไหวของท่าน

ลงชื่อ

ลงชื่อ

()

()

ผู้เอาประกันภัย

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจ

ปกครอง

ของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)