

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	หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ 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	หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ 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	หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ 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	หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ 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	หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ 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

วันที่รับแจ้ง.....
 ชื่อผู้รับแจ้ง.....
 กรมธรรม์ฉบับที่.....

ใบแจ้งอุบัติเหตุและ / หรือใบเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุ

- อุบัติเหตุพิเศษ อุบัติเหตุพิเศษรวมค่ารักษาพยาบาล เฉพาะชดใช้ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ
 (โปรดแนบใบรับรองแพทย์ประกอบการเรียกร้องด้วยทุกครั้ง)

(ตอนที่ 1) (อ่านคำแนะนำด้านหลัง)

1. ชื่อผู้เอาประกัน (ด.ช/ด.ญ/นาย/นาง/นางสาว) อาชีพ
2. ที่อยู่ (ที่ติดต่อ) โทรศัพท์
3. วันเกิดอุบัติเหตุ เวลา.....น. สถานที่เกิดอุบัติเหตุ
4. อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (โปรดบรรยายเหตุการณ์)
-
-
5. อาการและ / หรือสภาพความบาดเจ็บเมื่อเกิดอุบัติเหตุ (โปรดแจ้งอวัยวะที่บาดเจ็บด้วย)
-
6. ได้แจ้งความหรือมีบันทึกประจำวัน ณ สถานีตำรวจใด
7. ชื่อ - ที่อยู่ของผู้เห็นเหตุการณ์
8. ท่านได้ทำประกัน / เรียกร้องค่าทดแทนกับบริษัทใดบ้างหรือไม่ (ถ้ามี) โปรดแจ้งชื่อบริษัทประกันภัยนั้นด้วย
-

(ตอนที่ 2)

9. การรักษาพยาบาล
 - 9.1 เข้ารักษาพยาบาลวันที่..... สถานพยาบาล โรงพยาบาล คลินิก อื่นๆ
 - 9.2 ชื่อสถานพยาบาล.....ที่อยู่.....
 - 9.3 วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย.....ผลการรักษาเป็นอย่างไร (โปรดระบุ)
 -
10. การประสบอุบัติเหตุครั้งนี้ท่านต้องลา / หยุดงานหรือไม่..... ได้ลา / หยุดงานกี่วัน.....วัน
11. ระหว่างการเจ็บป่วย / รักษา ท่านสามารถทำงานได้หรือไม่อย่างไร.....
12. **ประมาณว่าอุบัติเหตุครั้งนี้** จะต้องใช้เวลารักษารวมนานเพียงใดจึงจะสามารถทำงานได้ตามปกติ.....วัน/สัปดาห์
13. ขณะนี้การปฏิบัติงาน ไม่ปกติ เกือบปกติ ปกติแล้ววันที่.....
- การส่งค่าทดแทน ให้นำส่ง ที่อยู่ปัจจุบัน ที่ทำงาน อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และในการนี้หากบริษัท อคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ประสงค์ขอทราบรายละเอียดแห่งการบาดเจ็บ / ผลการรักษา ตลอดจนประวัติการเจ็บป่วยอื่นใดเพิ่มเติม โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ร่วมในสถานพยาบาลเปิดเผยประวัติให้บริษัททราบได้ทุกประการ

ลงนาม.....ผู้เอาประกัน
 (.....)
 วันที่.....

**** กรณีที่ผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน**

(ตอนที่ 3) (สำหรับเรียกร้องอุบัติเหตุพิเศษรวมค่ารักษาพยาบาล / หรือเรียกร้องเฉพาะค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุอย่าง
เดียว โปรดกรอกรายการค่ารักษาพยาบาลด้วย)

ค่ารักษาพยาบาล

(โปรดกรอกรายการตอนที่ 1 และตอนที่ 2 ข้อ 9.1 และ 9.2 ด้วยทุกครั้ง พร้อมแนบใบรับรองแพทย์)

- 14. ได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)
- 15. ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากที่อื่น (โปรดระบุ).....
จำนวนเงิน.....บาท (.....)
- 16. ได้แนบบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นหลักฐานจำนวน.....ฉบับ
จำนวนเงิน.....บาท (.....)

ลงนาม.....ผู้เอาประกัน

()

วันที่.....

**** กรณีที่ผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน**

หนังสือให้คำยินยอม

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

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล หรือบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย หรือ Fax Claims Service ข้าพเจ้ายินยอมและ
ตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่าชดเชยค่า
รักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือ
ความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทขอ
สงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่า การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้า
อยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทจะได้ออกความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัท
ได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับ
จากวันที่ได้รับค่านอกกล่าว

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียด
ครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ กรณีที่ผู้มีสิทธิเรียกร้องสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย มิได้ขีดฆ่าหรือปกปิดข้อมูลศาสนาหรือหมู่โลหิตที่ปรากฏบนสำเนา
บัตรประจำตัวประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง เป็นต้น บริษัทจะดำเนินการขีดฆ่าหรือปกปิดข้อมูลเพื่อคุ้มครองข้อมูลอ่อนไหวของท่าน

ลงชื่อ

ลงชื่อ

.....

() ()

ผู้เอาประกันภัย

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจ

ปกครอง

ของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

Discharge Notification Form

Hospital Name.....

Part B สำหรับแพทย์ผู้รักษา

Medical certification

Patient's Name : Sex Male Female HN : AN : Age..... year(s)month(s)

Admission Date : Time : Discharge Date : Time : Consultation Date :

1. For Illness

- a) Date you first saw this patient for this illness :
-
- b) Chief complaint and duration of symptom(s) :
-
-
-
-
-
-

2. For Injury

- a) Date of injury..... Time:
- b) Cause of injury.....
- c) Details of injury
- d) Did you smell alcohol from the patient?
() No () Not known
() Yes, blood alcohol test (if any) = mg%
- e) Level of consciousness () Normal () Confusion
() Drowsiness () Semi-coma () Coma
- f) Estimated time for recovery
-

3. Did the patient need to be admitted to hospital? () No () Yes, indication for admission.....

4. Vital signs : T..... P..... R..... BP.....

5. Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs)

6. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.)

7. HIV Test () No () Yes, Result : Date performed :

8. Underlying disease:

9. Diagnosis 1 : ICD10-TM :

Diagnosis 2 : ICD10-TM :

Diagnosis 3 : ICD10-TM :

Adjusted RW	

10. Treatment :

11. Surgery/Operation : ICD9-CM : Date performed :

Anaesthesia Type : () General Anaesthesia () Spinal Anaesthesia () Local Anaesthesia () Others

12. Pathological report :

13. Complications (if any) :

14. Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? () No () Yes, please specify

15. For Female: Is the patient pregnant? () No () Yes, gestational age weeks

Was the treatment related to infertility? () No () Yes, please specify

16. Has patient ever been treated by another doctor before? () No () Yes, please give name and address

17. Was the illness/injury contributed to or influenced by any of the following

a) Physical defects/congenital anomaly () No () Yes

b) Degenerative change(s) () No () Yes

18. Others past medical history

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Hospital

19. Other comments about the injury / illness.....

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above.

Physician's signature Medical specialty : Thai Medical license no :

(.....) Tel no : Date :

Medical institute : Address :

Remark : Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Thai Medical Council

**หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ
การขอรายงานแพทย์**

ข้าพเจ้า อายุ ปี
ที่อยู่

ขอให้ความยินยอมไว้ ณ ที่นี้ แก่โรงพยาบาล , แพทย์ , คลินิก , สถาบัน หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดให้
แจ้งรายละเอียดต่างๆ ทั้งหมดของข้าพเจ้าเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย , การตรวจรักษาพยาบาลทั้งหมดของ
ข้าพเจ้า ให้แก่บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามที่บริษัทฯ ต้องการเพื่อใช้ในการพิจารณา
รับประกัน , พิจารณาสินไหมทดแทน ได้ด้วยความถูกต้องและเป็นธรรม

อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายใบยินยอมการขอรายงานแพทย์ฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลเสมือนต้นฉบับทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

()

พยาน / ตัวแทน

ลงชื่อ.....

()

ผู้เอาประกันชีวิต

กรณีที่ผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน

กรุณา แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย พร้อมทั้งรับรองสำเนาถูกต้อง