

ใบรับแจ้งเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพถาวรสิ้นเชิง/โรคร้ายแรง

เลขที่รับแจ้ง วันที่ สาขา

ชื่อ - นามสกุลผู้แจ้ง ฯ โทรศัพท์ E-mail

ชื่อ - นามสกุลผู้เอาประกัน กรมธรรม์ฉบับที่ โทรศัพท์

กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง หน้ารายชื่อเอกสารที่ได้มีการนำส่งเท่านั้น

เอกสารที่ต้องยื่นเพื่อประกอบการเรียกร้องสินไหมแต่ละประเภท มีดังนี้ (กรณีเอกสารไม่ถูกต้องสมบูรณ์ กรุณาส่งคืนเพื่อให้แก้ไขใหม่ให้ถูกต้อง)

ลำดับ	กรณีเรียกร้องสุขภาพถาวรสิ้นเชิง / สูญเสียอวัยวะ	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/> 1	กรมธรรม์ประกันชีวิต/หนังสือรับรองการประกันชีวิตต้นฉบับ		
<input type="checkbox"/> 2	แบบฟอร์มเรียกร้องชดเชยกรณีสุขภาพ		
<input type="checkbox"/> 3	ใบรายงานแพทย์ (ตามแบบฟอร์มบริษัท และตามประเภทเรียกร้องประกันภัยสุขภาพ หรือ สูญเสียสายตา)		
<input type="checkbox"/> 4	ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา		
<input type="checkbox"/> 5	สำเนาประวัติการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
<input type="checkbox"/> 6	หนังสือยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
<input type="checkbox"/> 7	สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 3 ชุด		
ลำดับ	กรณีเรียกร้องสาเหตุจากอุบัติเหตุ ให้นำส่งเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/> 8	สำเนาบันทึกประจำวัน ข้อรับแจ้งและข้อกลับจากตรวจที่เกิดเหตุ รับรองสำเนาโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจเจ้าของท้องที่		
ลำดับ	กรณีเรียกร้อง การเจ็บป่วยโรคร้ายแรง (การประกันภัยแบบคุ้มครองสิ้นเชิง)	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/> 1	กรมธรรม์ประกันชีวิต/หนังสือรับรองการประกันชีวิตต้นฉบับ		
<input type="checkbox"/> 2	แบบฟอร์มเรียกร้องการประกันสุขภาพ		
<input type="checkbox"/> 3	ใบรายงานแพทย์ (ตามแบบฟอร์มบริษัท และตามประเภทการเจ็บป่วย)		
<input type="checkbox"/> 4	ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา		
<input type="checkbox"/> 5	สำเนาประวัติการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
<input type="checkbox"/> 6	ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (ผลชิ้นเนื้อ) หรือ ผลตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) หรือ ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan)		
<input type="checkbox"/> 7	หนังสือยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
<input type="checkbox"/> 8	สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 3 ชุด		
ลำดับ	กรณีการประกันภัยแบบคุ้มครองสิ้นเชิง มีเจ้าหนี้เป็นผู้รับประโยชน์หลักเอกสารที่ต้องยื่น ดังนี้	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/> 9	หนังสือนำส่งแจ้งภาระหนี้สินจากเจ้าหนี้ฯ		
<input type="checkbox"/> 10	หนังสือสรุปยอดภาระหนี้สิน		

เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)

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

บริษัทฯ จะดำเนินการพิจารณาการชดใช้เงินสินไหมทดแทนภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ บริษัทฯ ได้รับเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมครบถ้วน ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริษัทชดใช้สินไหมทดแทนไม่เป็นไปตามเงื่อนไขความคุ้มครอง บริษัทฯ จะขยายระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามความจำเป็น และผู้เอาประกันฯ ต้องให้ข้อเท็จจริงแก่บริษัท ทั้งนี้บริษัทฯ จะใช้เวลาและแจ้งผลให้ทราบภายในกำหนด 90 วันนับจากวันที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารประกอบครบถ้วนแล้ว

แบบเรียกร่องชดเชยกรณีทุพพลภาพ

- ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... กรมธรรม์เลขที่.....
- อายุ..... น้ำหนัก..... ส่วนสูง..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....
- ที่อยู่ติดต่อ..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
หมายเลขโทรศัพท์..... อาชีพ..... ตำแหน่ง.....
- ชื่อและที่อยู่ของนายจ้าง.....
รายได้จาก เงินเดือน..... บาท/เดือน อื่นๆ..... บาท/เดือน
หน้าที่ความรับผิดชอบ..... รายละเอียดลักษณะงานที่ทำ.....
- สาเหตุการทุพพลภาพในครั้งนี้ อุบัติเหตุ เจ็บป่วย อื่นๆ.....
- วันที่เริ่มทุพพลภาพ..... วันที่ท่านต้องหยุดทำงานโดยถาวร.....
- สภาวะในปัจจุบันท่าน ต้องนอนอยู่กับเตียงตลอดเวลา
 เคลื่อนไหวได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วยแต่ไม่สามารถออกไปนอกบ้านได้โดยลำพัง
 นั่ง-นอน อยู่กับเตียงเท่านั้น
 เคลื่อนไหวได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วยและสามารถออกไปนอกบ้านได้
- วันที่เท่าใด (หรือประมาณ) ที่ท่านจะเริ่มปฏิบัติหน้าที่ธุรกิจอันใดอันหนึ่ง.....
- แพทย์ที่ท่านได้ไปปรึกษาเกี่ยวกับการทุพพลภาพนี้
ชื่อ..... ที่อยู่.....
จากวันที่..... ถึงวันที่.....
ชื่อ..... ที่อยู่.....
จากวันที่..... ถึงวันที่.....
- ท่านมีประกันกับบริษัทอื่นหรือไม่..... ถ้ามีกรุณาระบุชื่อบริษัท.....
เลขที่กรมธรรม์..... จำนวนเงินเอาประกัน.....
- ก่อนนี้ท่านเคยมีการเรียกร่องค่าชดเชยความทุพพลภาพจากบริษัทนี้หรือสมาคมอื่นใด
 ไม่เคย
 เคย บริษัท/สมาคม..... วันที่..... จำนวนเงิน.....

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน
(.....)
ความสัมพันธ์.....
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน
(.....)
วันที่...../...../.....

กรณีที่ผู้เอาประกันไม่สามารถลงชื่อในแบบฟอร์มนี้ได้ให้ญาติหรือบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้เอาประกันในระหว่างที่เจ็บป่วยเป็นผู้กรอกและลงชื่อพร้อมระบุความสัมพันธ์

ต่อต้านหลัง

หนังสือให้คำยินยอม

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

กรณีที่เรียกสร้งสินไหมผ่านโรงพยาบาล หรือบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย หรือ Fax Claims Service ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าอาการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทจะได้อำนวยความสะดวกในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าบอกกล่าว

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ กรณีที่ผู้มีสิทธิเรียกสร้งสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย มิได้ขีดฆ่าหรือปกปิดข้อมูลศาสนาหรือหมู่โลหิตที่ปรากฏบนสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 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 :

10. Treatment :

Adjusted RW	

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