

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	ใบสรุปหน้าบ 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

แบบเรียกร้องการประกันภัยสุขภาพ

- ประกันภัยสุขภาพแบบคนไข้ใน ประกันภัยโรคร้ายแรง ประกันภัยโรคมะเร็ง

คำแนะนำ เพื่อการพิจารณารายการเรียกร้องให้เป็นไปด้วยความรวดเร็ว โปรดกรอกแบบเรียกร้องนี้ให้ครบถ้วน และส่งมายังบริษัท (สาขา) พร้อมด้วยใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล (ใบสรุปหน้างบ) ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับของโรงพยาบาลและใบรับรองแพทย์ ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล

ชื่อผู้เอาประกัน	กรมธรรม์เลขที่		
ที่อยู่ติดต่อ	อายุ	ปี	เพศ
(โปรดกรอกข้อความเฉพาะสาเหตุที่ท่านเรียกร้องเท่านั้น)	อาชีพ		

1. รายละเอียดการรักษาตัวในโรงพยาบาล

- 1.1 ชื่อ - สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล
- 1.2 บัตรประจำตัวผู้ป่วยในเลขที่ ชื่อแผนกที่รับการรักษา
- 1.3 เข้ารักษาในโรงพยาบาล วันที่เข้า เวลา.....วันที่ออก..... เวลา.....รวม.....วัน
- 1.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้เอาประกันขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
- 1.5 การวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ผล
- 1.6 ได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ไม่ผ่าตัด ผ่าตัด.....
- 1.7 ได้รับการตรวจด้วยการต่อไปนี้หรือไม่ เอ็กซเรย์ ตรวจหัวใจ ตรวจเลือด
 ตรวจอื่นๆ (โปรดระบุ)

2. กรณีรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย โปรดให้รายละเอียดต่อไปนี้

- 2.1 ลักษณะการเจ็บป่วย (โรค / เจ็บป่วย)
- 2.2 การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ท่านทราบการเจ็บป่วยเมื่อใด
- 2.3 ท่านเคยเป็นโรคนี้มาก่อนใช่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
- 2.4 ถ้าใช่ เมื่อใดวันที่ ชื่อโรงพยาบาล
- 2.5 ผลการรักษาเป็นอย่างไร

3. กรณีรับการรักษาพยาบาลที่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ โปรดกรอกข้อความ

- 3.1 วันที่เกิดอุบัติเหตุ เวลา สถานที่
- 3.2 อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (โปรดบรรยายเหตุการณ์)
- 3.3 ลักษณะอาการบาดเจ็บครั้งนี้
- 3.4 ได้แจ้งความหรือมีบันทึกประจำวัน ณ สถานีตำรวจใด
- 3.5 ผลการรักษาเป็นอย่างไร

4. กรณีที่ผู้เอาประกันเป็นสตรี ขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลครั้งนี้มีครรภ์หรือไม่

- ไม่มี มี..... เดือน

5. ท่านมีประกันชีวิต / อุบัติเหตุ / ค่ารักษาพยาบาล อื่นๆ กับบริษัทนี้ หรือบริษัทอื่นอีกหรือไม่ (ถ้ามีโปรดแจ้ง)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นนี้เป็นความจริงและถูกต้องเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ หากบริษัทฯ ต้องการทราบรายละเอียดของการเจ็บป่วย / บาดเจ็บ ตลอดจนประวัติการรักษา และเอกสารทางการแพทย์อื่น ๆ โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษา หรือผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล/สถานพยาบาล เปิดเผยประวัติให้บริษัทอากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทน ทราบได้ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน
วันที่...../...../.....
ลายมือชื่อ.....พยาน

ต่อต้านหลัง

หนังสือให้คำยินยอม

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

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล หรือบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย หรือ Fax Claims Service ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่ามีการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทจะได้อุบัติเหตุเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทได้ส่งารองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าบอกกล่าว

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ กรณีที่ผู้มีสิทธิเรียกร้องสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย มิได้ขีดฆ่าหรือปกปิดข้อมูลศาสนาหรือหมู่โลหิตที่ปรากฏบนสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง เป็นต้น บริษัทจะดำเนินการขีดฆ่าหรือปกปิดข้อมูลเพื่อคุ้มครองข้อมูลอ่อนไหวของท่าน

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(

)

ผู้เอาประกันภัย

(

)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครอง
ของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

PRIVATE MEDICAL ATTENDANTS REPORT CANCER

Name..... Policy No:.....

In order for a claim under this policy condition to be paid, the following definition must be satisfied,

“The manifestation of a malignant tumour including leukaemia and Hodgkin’s Disease, the growth of which cannot be medically controlled. Specifically excluded from the cover are all skin cancers except malignant melanomas. All tumours which are histologically described as pre-malignant or showing early malignant change, cancer in situ and Stage I Hodgkin’s Disease.”

1. Please describe the exact details of your patient’s condition.

.....
.....
.....

2. When did your patient first consult you for this condition?

.....
.....
.....

3. When did he first become aware of this condition?

.....
.....
.....

4. Has he suffered any previous episodes of this condition or any conditions leading to it or relating to it? If so, please give details.

.....
.....
.....

5. Are you aware of any members of the patient’s close family who have suffered from this or any similar condition?

.....
.....
.....

6. Please give the name and address of all consultants , specialists or hospitals attended by patient for this condition

.....
.....

7. Please complete the section below relating to your patient's condition.

- Please confirm the diagnosis of cancer and give details of the type tumour :

.....
.....

- Please give histology and staging of tumour :

.....
.....

- Please give an exact description of the site of the tumour :

.....
.....

8. Have any investigatory tests or procedures been performed? If so, please give details.

.....
.....

9. Please give below any other information which you feel would be helpful in the assessment of your patient's claim

.....
.....

Our Chief Medical Officer would be most grateful if you would send copies of any specialist or hospital reports, together with any tests,reading, or similar evidence to support the validity of your patient's claim.

Signature.....Date.....

Name (in block capitals please).....

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