

## คำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุ

วันที่ (Date) : ...../...../.....

โรงพยาบาล..... ☐ ประกันภัยรายบุคคล ☐ ประกันภัยกลุ่ม

หนังสือคำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุฉบับนี้ ประกอบด้วย **ส่วนที่ 1: สำหรับผู้เอาประกัน** และ **ส่วนที่ 2: สำหรับแพทย์ผู้รักษา** โดยต้องกรอกข้อมูลและลงนามให้ครบถ้วน บริษัทฯ จึงจะสามารถพิจารณาผลประโยชน์สินไหมฯ ให้แก่ผู้เอาประกันได้

(ส่วนที่ 1)

### สำหรับผู้เอาประกันภัย

#### ข้อมูลของผู้เอาประกัน

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) ..... IWC..... อายุ.....ปี อาชีพ .....  
เลขที่บัตรประชาชน ..... เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ..... อีเมล.....  
ที่อยู่ปัจจุบัน ..... รหัสไปรษณีย์.....  
สถานที่ทำงาน ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
กรณีผู้เรียกร้องสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุชื่อผู้ปกครอง ..... ความสัมพันธ์.....

2. กรมธรรม์เลขที่ .....  
ข้าพเจ้า ☐ ไม่มี ☐ มีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่น บริษัท..... กรมธรรม์เลขที่.....

#### สาเหตุการเรียกร้องสินไหม

☐ เจ็บป่วย อาการ ..... ระยะเวลามีอาการก่อนรับการรักษาครั้งนี้ .....  
สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนการรักษาครั้งนี้ ..... วันที่เข้ารับการรักษาคือ .....  
☐ บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ ..... เวลา ..... สถานที่เกิดเหตุ .....  
สาเหตุของการบาดเจ็บ .....  
ลักษณะบาดแผล ขนาด ตำแหน่ง และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ .....

4. สำหรับการเรียกร้องครั้งนี้ ท่านเคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคยรักษาที่ ..... เมื่อ .....  
ข้าพเจ้ามี ☐ สิทธิประกันสังคม ☐ สิทธิบัตรทอง/สิทธิ 30 บาท ☐ สิทธิข้าราชการ ที่โรงพยาบาล .....

5. ข้าพเจ้าต้องการรับเงินสินไหมทดแทนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร..... เลขที่ .....

#### การเตรียมเอกสารสำหรับยื่นประกอบการพิจารณาผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุ ประกอบด้วย

1. กรอกข้อมูลของผู้เอาประกันครบถ้วน
2. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรก พร้อมเซ็นสำเนาถูกต้อง
3. บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมเซ็นสำเนาถูกต้อง

#### หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคตเปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท บริษัทประกันภัยต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย โดยสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

#### กรณีนี้

1. ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 20 ปี) ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์
2. มีการลงนามโดยใช้การพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

|                                           |                                |                                |
|-------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>ผู้เอาประกันภัย | ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>พยาน | ลงชื่อ.....<br>(.....)<br>พยาน |
| ความสัมพันธ์ .....                        | วันที่ .....                   | วันที่ .....                   |

## คำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุ

(ส่วนที่ 2)

### สำหรับแพทย์ผู้รักษา (For Physician)

1. Visit date ..... Time ..... Vital signs: T: ..... P: ..... R: ..... BP: .....
2. Chief complaint duration .....
3. Present illness or cause of injury .....  
.....
- For Injury: Date of injury ..... Time: ..... Place of injury: ..... Details of injury: .....
4. Physical exam .....
5. Previous treatment for this illness or injury (Date & Place) .....
6. The illness or injury influenced by alcohol or drug addict: ☐ No ☐ Yes, please specify.....  
.....
7. Underlying condition: .....
8. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.): .....
9. Diagnosis: ..... ICD10-TM: .....
10. Treatment: .....
11. Surgery/Operation: ..... Date performed: .....
12. Pathological report: .....

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

Date .....

Medical specialty: .....  
Medical license no: .....  
Tel no: .....  
Medical institute: .....  
Address: .....

กรุณารอกข้อมูลในเอกสารฉบับนี้ พร้อมแนบเอกสารที่ระบุไว้ ส่งกลับมายังบริษัทฯ ผ่านช่องทางไปรษณีย์ ดังนี้

แผนกสินไหมประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ

บริษัท เจเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 20 ยูนิต 2001 ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500



หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร 1394 ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์ – วันศุกร์ 8.30-20.00 น. และวันเสาร์ 8.30-17.00 น.

LINE: @GeneraliThailand หรือ Email: info@generali.co.th