



บริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 21 และชั้น 20 ยูนิท 2002
ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
ทะเบียนเลขที่ : 0107555000589 สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ Customer FIRST : 1394

คำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุ

วันที่ (Date) :/...../.....

โรงพยาบาล..... ☐ ประกันภัยรายบุคคล ☐ ประกันภัยกลุ่ม

หนังสือคำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุฉบับนี้ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1: สำหรับผู้เอาประกัน และ ส่วนที่ 2: สำหรับแพทย์
ผู้รักษา โดยต้องกรอกข้อมูลและลงนามให้ครบถ้วน บริษัทฯ จึงจะสามารถพิจารณาผลประโยชน์สินไหมฯ ให้แก่ผู้เอาประกันได้

สำหรับผู้เอาประกันภัย

(ส่วนที่ 1)

ข้อมูลของผู้เอาประกัน

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) IWF.....อายุ.....ปี อาชีพ
เลขที่บัตรประชาชนเบอร์โทรศัพท์ต่อ..... อีเมล.....
ที่อยู่ปัจจุบัน รหัสไปรษณีย์
สถานที่ทำงาน รหัสไปรษณีย์
กรณีผู้เรียกร้องสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุชื่อผู้ปกครอง ความสัมพันธ์
2. กรมธรรม์เลขที่
ข้าพเจ้า ☐ ไม่มี ☐ มีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่น บริษัท กรมธรรม์เลขที่.....
3. สาเหตุการเรียกร้องสินไหม
☐ เจ็บป่วย อาการ ระยะเวลาที่มีอาการก่อนรับการรักษารั้งนี้
สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนการรักษารั้งนี้ วันที่เข้ารับการรักษารั้งนี้
☐ บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ เวลา สถานที่เกิดเหตุ
สาเหตุของการบาดเจ็บ
ลักษณะบาดเจ็บ 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 ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะเกิดขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

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

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

กรณีนี้

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

ลงชื่อ..... (.....) ผู้เอาประกันภัย ความสัมพันธ์	ลงชื่อ..... (.....) พยาน วันที่	ลงชื่อ..... (.....) พยาน 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

แผนกสินไหมทดแทน ประกันชีวิตกลุ่ม

บริษัท เจนเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สีส้ม ชั้น 21 และชั้น 20 ยูนิต 2002

ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

ทะเบียนเลขที่ : 0107555000589 สำนักงานใหญ่ โทร: 02-685-3828

ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ Customer FIRST: 1394



หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ส่วนบริการลูกค้าประกันชีวิตกลุ่ม โทร 1394 ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์ – วันเสาร์ 08.30-20.00 น.

(เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) LINE: @GenBuddy วันและเวลาทำการ วันจันทร์ – ศุกร์ 08.30 – 20.00 น.