



บริษัท เจเนอรัลลี ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 20 ถนนสุขุมวิท 2001
ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
ทะเบียนเลขที่ : 0107555000571 สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ Customer FIRST : 1394

คำร้องขอรับเงินค่าชดเชยการทุพพลภาพ (Claimant's Statement)

กรมธรรม์เลขที่ (Policy No.) วันที่รับแจ้ง (Notice Date)

***กรณารอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยผู้เรียกร้องค่าชดเชย (Must be completed by Claimant)**

ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกัน.....อายุ.....ปี ส่วนสูง.....ซ.ม. น้ำหนัก.....กก.
(Insured's Name) (Age) (Years) (Height) (cm) (Weight) (kg)

ข. ที่อยู่ปัจจุบันของผู้เอาประกัน.....
(Current Insured's Address)

ค. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ
(State briefly the cause of the disability suffered and describes its nature severity)

.....

.....

.....

ง. กรุณาระบุอาชีพและหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งที่เกิดการทุพพลภาพ
(State briefly your occupation and responsibility at time disability commenced)

.....

.....

.....

จ. วันที่เริ่มทุพพลภาพ.....วันที่ท่านหยุดทำงานทั้งหมด.....
(What date did you begin this disability?) (What date did you stop all work?)

ฉ. วันที่ (หรือประมาณ) ที่ท่านจะเริ่มปฏิบัติหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งในธุรกิจของท่าน.....
(What date did you or (approximately) will you first attend to any business duties?)

ช. แพทย์ที่ท่านได้ไปปรึกษาเกี่ยวกับการทุพพลภาพนี้ (Physician consulted for this disability)

ชื่อแพทย์ (Physician's Name)	สถานพยาบาล (Hospital/Clinic)	ตั้งแต่ (Since)	จนถึง (Until)	ชนิดของการรักษา (Character of treatment)

ซ. การดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Life)

รายละเอียด (Details)	สถานพยาบาล (Totally dependent)	ทำได้เมื่อมีผู้ช่วยเหลือ (Dependent with physical assistance)	ทำได้เมื่อใช้อุปกรณ์ช่วย (Dependent with assistive device)	ทำได้เอง (Totally independent)
1. ความสามารถในการนั่งหรือลุกจากเก้าอี้ (Transfer)				
2. ความสามารถในการเคลื่อนตัวจากห้องหนึ่งไปยังอีกห้องหนึ่ง (Mobility)				
3. ความสามารถในการสวมหรือถอดเสื้อ กางเกง (Dressing)				
4. ความสามารถในการอาบน้ำชำระร่างกาย (Take a Bath)				
5. ความสามารถในการรับประทานอาหาร (Eating)				
6. ความสามารถในการใช้ห้องน้ำเพื่อการถ่ายถ่าย (Transfer)				
7. ข้อมูลเพิ่มเติม (Additional Information)				

*ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ตอบคำถามเหล่านั้นตามความจริง (I declare that the answers given above are true and complete)

ลงชื่อ.....
ผู้เอาประกัน / ผู้เรียกร้องค่าชดเชย
(Signature of Insured or Claimant)

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน (Witness) 1

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน (Witness) 2

Date

ใบแสดงความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจรักษา

(Attending Physician's Statement)

1.ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุปี น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม.

เลขบัตรประชาชน (ID Card Number) HN:..... AN:.....

2.กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ (State briefly the cause of the disability suffered and describes its nature severity)

.....

3.กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ

(State briefly the result of Neurological examination, Laboratories, X-rays. etc.)

.....

4.กรุณาระบุการรักษาที่ผู้เอาประกันได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ

(State briefly the Character of treatment since the disability occurred.)

5.การวินิจฉัย (Diagnosis).....

6.ภาวะแทรกซ้อนที่พบ (Any Complications)

7.ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่..... จนถึง..... ที่.....

8.ผลการตรวจร่างกาย (Physical Examination)

การตรวจร่างกาย (Physical Examination)	การประเมิน (Assessment)		
8.1 กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ของแขนและขา - กล้ามเนื้อเป็นอัมพาต/แขนหรือขาไม่มีการเคลื่อนไหวเลย = 0 - กล้ามเนื้อไม่มีแรงหดตัวแต่โยกกล้ามเนื้อหดตัวได้ /มีการเคลื่อนไหวปลายนิ้วมือ-เท้าได้เล็กน้อย = 1 - กล้ามเนื้อมีแรงที่จะเคลื่อนไหวข้อตามแรงโน้มถ่วงได้ = 2 - แขนหรือขาสามารถยกได้ แต่ต้านแรงที่กดไว้ไม่ได้ = 3 - แขนหรือขาสามารถยกได้ แต่ต้านแรงที่กดได้น้อยกว่าปกติ = 4 - แขนหรือขามีกำลังปกติ = 5	Grade (Rt.)	Grade (Lt.)	
	Arm :		
	Leg :		
8.2 ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness)	☐ รู้สึกตัว Alert	☐ สับสน Confuse	☐ สลึมสลือ Drowsy
			☐ ไม่รู้สึกตัว Unconscious
8.3 ความสามารถในการฟัง (Listening)	☐ ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding	☐ มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ Difficult in understanding	☐ ฟังไม่เข้าใจเลย Can't understanding
8.4 ความสามารถในการพูด (Speaking)	☐ พูดเหมือนปกติ Normal	☐ มีความยากลำบากในการพูด Motor dysphasia	☐ พูดไม่ได้เลย Motor aphasia
8.5 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Day Life)	☐ ทำได้เอง Totally independent	☐ ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย Dependent with assistance	☐ ทำเองไม่ได้เลย Totally dependent
8.6 ความสามารถในการเดิน/เคลื่อนตัว (Mobility)	☐ เดินได้เอง Totally independent	☐ เดิน/เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วยคือ..... Dependent with gait aid.....	☐ เดิน/เคลื่อนตัวไม่ได้เลย Totally dependent
8.7 ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา (Decision Making)	☐ ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม (Proper) ☐ มีความยากลำบากในการตัดสินใจและแก้ปัญหา (Difficult) ☐ ไม่สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เอง (Unable)		
8.8 ความสามารถในการทำงาน (Working)	☐ ทำงานได้ Able	☐ ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย Able in adaptive circumstance	☐ ไม่สามารถทำงานได้ Unable
8.9 ชนิดของการทุพพลภาพ (Type of Disabled)	☐ ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary Total Disabled	☐ ทุพพลภาพบางส่วนถาวร Permanent Partial Disable	☐ ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Disabled
8.10 การพยากรณ์โรค (Prognosis)	☐ ดีขึ้น (Improving)	☐ คงที่ (Stationary)	☐ แย่ลง (Poor)
8.11 ความเห็นเพิ่มเติม (Additional Comment)			

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษา :ลายมือชื่อ :

เลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม ชั้น 1: คุณวุฒิ: วุฒิบัตร/อนุบัตรสาขา:

ชื่อของสถานพยาบาล: หมายเลขโทรศัพท์: วันที่ตรวจ: