



คำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุ

โรงพยาบาล..... ประกันภัยรายบุคคล ประกันภัยกลุ่ม

สำหรับผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว)..... I/Pศ..... อายุ..... ปี อาชีพ.....
 เลขที่บัตรประชาชน..... เบอร์โทรติดต่อ..... อีเมลติดต่อ.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน..... รหัสไปรษณีย์.....
 สถานที่ทำงาน..... รหัสไปรษณีย์.....
 กรณีผู้เรียกร้องสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุชื่อผู้ปกครอง..... ความสัมพันธ์.....
2. กรมธรรม์เลขที่.....
 ข้าพเจ้า ไม่มี มีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่น บริษัท..... กรมธรรม์เลขที่.....
3. สาเหตุการเรียกร้องสินไหม
 เจ็บป่วย อาการ :..... ระยะเวลาก่อนมีอาการก่อนรับการรักษาครั้งนี้ :.....
 สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนการรักษาครั้งนี้ :..... วันที่เข้ารับการรักษา :.....
 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..... (กรุณาแนบสำเนาหน้าบัญชี)

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้ความยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท 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 หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ กราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย :..... วันที่ :..... พยาน :..... พยาน :.....
 (.....) ความสัมพันธ์ :..... (.....) (.....)

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 Medical specialty: Medical license no:
 (.....) Tel no: Date:

Medical institute: Address: