



บริษัท เจเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นส พลัส ชั้น 16 ยูนิท 1601 และ 1607
ถนนวิภาวดี แวงลงมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828 โทรสาร : 02-685-3830
ทะเบียนเลขที่ 0107555000571

คำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุ

วันที่ (Date) :/...../.....

โรงพยาบาล..... ☐ ประกันภัยรายบุคคล ☐ ประกันภัยกลุ่ม

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

(ส่วนที่ 1)

สำหรับผู้เอาประกัน

ข้อมูลของผู้เอาประกัน

1. ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) IWF.....อายุ.....ปี อาชีพ
เลขที่บัตรประชาชนเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ..... อีเมล.....
ที่อยู่ปัจจุบัน รหัสไปรษณีย์
สถานที่ทำงาน รหัสไปรษณีย์
กรณีผู้เรียกร้องสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุชื่อผู้ปกครอง ความสัมพันธ์
2. กรมธรรม์เลขที่
ข้าพเจ้า ☐ ไม่มี ☐ มีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่น บริษัท กรมธรรม์เลขที่.....
3. สาเหตุการเรียกร้องสินไหม
☐ เจ็บป่วย อาการ ระยะเวลามีอาการก่อนรับการรักษาค้างนี้
สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนการรักษาค้างนี้ วันที่เข้ารับการรักษาค้างนี้
☐ 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 พร้อมลงนาม และรับรองสำเนาถูกต้อง
3. บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงนาม และรับรองสำเนาถูกต้อง

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการ
รักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมามีขึ้นในโอกาส เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท บริษัทประกันภัยต่อ
การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้า
ประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มี
อำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรง
กรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้
ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย โดยสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้อง
ตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

กรณีที่

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

ลงชื่อ..... (.....) ผู้เอาประกัน	ลงชื่อ..... (.....) พยาน	ลงชื่อ..... (.....) พยาน
ความสัมพันธ์		
วันที่	วันที่	วันที่



บริษัท เจนเนอรัล ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นเพลส ชั้น 16 ยูนิต 1601 และ 1607
ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828 โทรสาร : 02-685-3830
ทะเบียนเลขที่ 0107555000571

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
แผนกสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ
บริษัท เจนเนอรัล ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นเพลส ชั้น 16 ยูนิต 1602-1605 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330



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



บริษัท เจเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นเพลส ชั้น 16 ยูนิต 1601 และ 1607
ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828 โทรสาร : 02-685-3830
ทะเบียนเลขที่ 0107555000571

คำแนะนำการเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันสุขภาพ

เอกสารประกอบการเรียกร้อง

1. การแจ้งบริษัทฯ ต้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบภายใน 30 วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล
2. เตรียมเอกสารประกอบ
 - แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพและอุบัติเหตุ ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ
 - หนังสือยินยอมและมอบอำนาจให้ดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล
 - สำเนาบัตรประชาชน
 - ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ)
 - ใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ)
 - สำเนารายงานบันทึกประจำวันย้อนกลับจากตรวจสถานที่เกิดเหตุ (กรณีประสบอุบัติเหตุทางจราจร)
 - สำเนารายงานบันทึกประจำวันข้อไปตรวจสถานที่เกิดเหตุ (กรณีประสบอุบัติเหตุทางจราจร)

ช่องทางการติดต่อเรียกร้อง

ติดต่อด้วยตนเอง

สำนักงานใหญ่ บริษัท เจเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 08.30 – 17.00 น. (เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) โทรศัพท์ 0 2685 3828

ศูนย์บริการลูกค้าสัมพันธ์ หมายเลข **1394** เวลาทำการ วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 8:30 – 20:00 น. และ วันเสาร์ เวลา 8:30 – 17:00 น.

ส่งทางไปรษณีย์

ส่งที่ แผนกสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ ชั้น 16 บริษัท เจเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

87/2 ยูนิต 1602-1605 อาคารซีอาร์ซี ออลซีซั่นเพลส ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

ระยะเวลาดำเนินการ

- บริษัทฯ ใช้เวลาการพิจารณาไม่เกิน 15 วันนับตั้งแต่วันที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง
- บริษัทฯ อาจขยายระยะเวลาในการขอเอกสารหรือตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาแต่ไม่เกิน 90 วันนับตั้งแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง