



คำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุ

วันที่ (Date) :/...../.....

โรงพยาบาล..... ☐ ประกันภัยรายบุคคล ☐ ประกันภัยกลุ่ม

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

(ส่วนที่ 1)

สำหรับผู้เอาประกัน

ข้อมูลของผู้เอาประกัน

- ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) IWF..... อายุ..... ปี อาชีพ
เลขที่บัตรประชาชน เบอร์โทรศัพท์ อีเมล
ที่อยู่ปัจจุบัน รหัสไปรษณีย์
สถานที่ทำงาน รหัสไปรษณีย์
กรณีผู้เรียกร้องสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุชื่อผู้ปกครอง ความสัมพันธ์
- กรมธรรม์เลขที่
ข้าพเจ้า ☐ ไม่มี ☐ มีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่น บริษัท กรมธรรม์เลขที่.....
- สาเหตุการเรียกร้องสินไหม
☐ เจ็บป่วย อาการ ระยะเวลาที่มีอาการก่อนรับการรักษาครั้งนี้
สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนการรักษาครั้งนี้ วันที่เข้ารับการรักษ
☐ บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ เวลา สถานที่เกิดเหตุ
สาเหตุของการบาดเจ็บ
ลักษณะบาดแผล ขนาด ตำแหน่ง และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ
- สำหรับการเรียกร้องครั้งนี้ ท่านเคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคยรักษาที่ เมื่อ
ข้าพเจ้ามี ☐ สิทธิประกันสังคม ☐ สิทธิบัตรทอง/สิทธิ 30 บาท ☐ สิทธิข้าราชการ ที่โรงพยาบาล
- ข้าพเจ้าต้องการรับเงินสินไหมทดแทนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร เลขที่

การเตรียมเอกสารสำหรับยื่นประกอบการพิจารณาผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุ ประกอบด้วย

- กรอกข้อมูลของผู้เอาประกันครบถ้วน
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรก พร้อมลงนาม และรับรองสำเนาถูกต้อง
- บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงนาม และรับรองสำเนาถูกต้อง

หนังสือให้ความยินยอม

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

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

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

กรณีที่

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

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



บริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นเพลส ชั้น 16 ยูนิต 1602 – 1605
ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828 โทรสาร : 02-685-3829
ทะเบียนเลขที่ 0107555000589

หน้า 2/3

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 ประกันชีวิต

บริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (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@generalico.th

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

ที่ สำนักงานใหญ่ บริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (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 แผนกสินไหมทดแทนประกันชีวิต ชั้น 16 บริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

87/2 ยูนิต 1602-1605 อาคารซีอาร์ซี ออลซีซั่นเพลส ถนนวิภาวดี แวงลงมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

ระยะเวลาดำเนินการ

- บริษัทฯ ใช้เวลาการพิจารณาไม่เกิน 15 วันนับตั้งแต่วันที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง
- บริษัทฯ อาจขยายระยะเวลาในการขอเอกสารหรือตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาแต่ไม่เกิน 90 วันนับตั้งแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง