

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

กรุณากรอกแบบฟอร์มนี้ให้สมบูรณ์และให้แพทย์กรอกรายงานแพทย์ด้านหลัง

ผลประโยชน์ : ค่ารักษาพยาบาล ทูพพลภาพ
 โรคภัยแรง สูญเสียอวัยวะ อื่นๆ

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....ใบรับรองการเอาประกันภัยเลขที่.....
ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....โทรศัพท์.....
ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้.....
อาชีพ/ลักษณะงาน/ความรับผิดชอบ.....
ชื่อและที่อยู่นายจ้าง.....โทรศัพท์.....
ถ้ามีการประกันภัยหรือประกันชีวิตกับบริษัทอื่นๆ โปรดระบุชื่อบริษัทและเลขที่กรมธรรม์.....
สำหรับสตรี ขณะรับการรักษารหรือได้รับอุบัติเหตุ ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ใช่ ตั้งครรภ์.....เดือน ไม่ตั้งครรภ์

สาเหตุการเรียกร้อง (การเรียกร้องครั้งนี้เป็นการยื่น ครั้งที่ 1 เพิ่มเติมจากครั้งก่อน)

อุบัติเหตุ วันที่เกิดเหตุ...../...../.....เวลา.....น. เจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร.....
สาเหตุ.....
สถานที่เกิดเหตุ.....
ลักษณะบาดแผล อาการ และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....
.....
มีการแจ้งความหรือไม่/ที่ใด (ถ้ามีกรุณาแนบเอกสาร).....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

รายละเอียดการรักษา	วันที่	ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา	ชื่อสถานพยาบาล
1. เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้
2. ประวัติการรับการรักษาอาการเช่นเดียวกันนี้ในอดีต

3. การรักษาครั้งนี้ ได้รับการตรวจรักษาอย่างไรบ้าง เช่น เอ็กซเรย์ ผ่าตัด ให้ยา หรืออื่นๆ โปรดระบุ.....
.....
4. อาการปัจจุบัน (โปรดแจ้งรายละเอียด)
5. ท่านได้มีการหยุดงานหรือไม่/กี่วัน : ไม่ หยุด.....วัน (หากมีใบลางาน/หนังสือรับรองการหยุดงาน กรุณาแนบด้วย)
6. การรับค่าสินไหมฯ โดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ตามบัญชีธนาคารที่เคยแจ้งไว้ ขอเพิ่มเปลี่ยนแปลงบัญชีธนาคาร (กรุณากรอกแบบฟอร์มขอรับเงินผลประโยชน์ ผ่านบัญชีธนาคาร)

จัดส่งเอกสารประกอบการเรียกร้อง ดังนี้

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา
 ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับและใบสรุปหน้างบค่ารักษาพยาบาล สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
 फिल्मเอ็กซเรย์หรือใบอ่านผลฟิล์ม (กรณีกระดูกแตกหักหรือสูญเสียอวัยวะ) อื่นๆ.....

คำรับรอง : ข้าพเจ้ารับรองว่าได้ตอบคำถามเหล่านี้
ตามความเป็นจริงทุกประการ
➡ ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้อง/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(
วันที่.....)

ข้อควรทราบ ผู้ใดทุจริตหลอกลวงบริษัทประกันภัยหรือผู้อื่น ด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังกล่าวนี้ ทำให้ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากบริษัทประกันภัยที่ถูกหลอกลวงนั้น หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้บริษัทประกันภัยที่ถูกหลอกลวงนั้น หรือบุคคลที่สาม ทำ ถอน หรือทำลายเอกสารสิทธิ์ ผู้ที่กระทำความผิดฐานฉ้อโกงซึ่งเป็นความผิดในทางอาญาต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจำต้องชดเชยค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง

หนังสือให้ความยินยอมของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งถึงการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา การให้การรักษา ตลอดจนสำเนาบันทึกรักษาของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้าต่อ บริษัท ชับบ์ โลฟท์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ หนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่าไม่ผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

➡ ลงชื่อผู้เอาประกันภัย.....ผู้ให้ความยินยอม/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(
วันที่.....)

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา (Attending Physician Statement)

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name.....Age.....Years Sex: male female
 ID No.....H.N.#.....A.N.#.....X.N.#.....
 Date admitted.....Time.....Date discharged.....Time.....

1. CHIEF COMPLAINT.....

2. FOR ACCIDENT

A. Date & time of accident : Date : Time :
 B. Cause of accident :
 C. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to hospital? No Yes.....mg%

3. FOR ILLNESS

A. How long had the patient experienced the symptoms?.....days / weeks / years.
 B. How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation?.....days / weeks / years.
 C. Did you advise the patient to be admitted to the hospital? No Yes indication for admission.....

4. Date first saw the patient for this illness / injury :
 5. (a) Present illness / Detail of injury :
 (b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs).....
 6. (a) Pertinent lab / Investigations :
 (b) HIV Test Yes, result..... No

7. Diagnosis 1ICD 10 Diagnosis 2.....ICD 10
 Diagnosis 3ICD 10 Diagnosis 4.....ICD 10
 (including principle underlying condition and complication)

8. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.) :
 (b) Operation :.....ICD 9 Pathology report :
 Surgeon's Name.....Specialty.....Date performed :
 (c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion. No Yes, please give detail

9. (a) Result of treatment : Good Fair Poor
 (b) Possibility of recurrence? Yes No
 10. (a) Date of the last treatment / Follow up :
 (b) The patient's symptoms at the time of your last consultations / examination?
 11. Was the patient referred to you by other physician (s)? Yes No
 Doctor :Clinic / Hospital :

12. Was the injury / illness contributed to or influenced by any of the following (eg.Pre-existing weakness or extended period of disability)?

a) Physical defects / congenital abnormality	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
b) Unfavorable past medical history	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
c) Degenerative change (s)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
d) A family history that increased the probability or severity of this disease	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
e) Doctor's advice to have periodic "Medical screening" for this disease because of increased risk?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
f) Alcohol or drugs	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes

If the answer is "yes", please specify

13. Other past medical history :

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor/Hospital's Name
.....
.....

14. FOR FEMALE : Was the patient pregnant at the time of treatment? No Yes.....weeks (LMP :)
 : Was the treatment relate to infertility? No Yes.....

15. Other comments about this injury / illness.....

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.
 Name of physician.....Qualification.....License No.
 Hospital Name.....Address.....TEL. No.
 Signature.....Date.....

ข้อควรทราบ ผู้ใดในการประกอบกรงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประกาศที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจะต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง

หนังสือแจ้งความจำนงขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย ผ่านบัญชีธนาคาร

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....

ในฐานะผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ย ของ.....

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

มีความประสงค์ขอทำหนังสือให้ไว้กับ บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสชูรันส์ จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “บริษัท” เพื่อดำเนินการจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย อันพึงได้รับของกรมธรรม์ประกันภัยทั้งหมด รวมทั้งเงินค่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระเกิน เข้าบัญชีธนาคารตามที่ข้าพเจ้าได้แจ้งระบุไว้ โดยจ่ายเข้าบัญชีของข้าพเจ้าประเภท ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

ธนาคาร..... สำนักงานใหญ่ / สาขา.....

บัญชีเลขที่..... ชื่อเจ้าของบัญชี.....

โทรศัพท์มือถือ (ใช้แจ้งข้อมูล / กรณีขัดข้อง)..... E-Mail.....

และข้าพเจ้ายินดีและรับทราบข้อกำหนดและเงื่อนไข ดังนี้

1. การจ่ายเงินเข้าบัญชีธนาคารนั้น ให้ถือว่า บริษัทฯ ได้จ่ายผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย เงินค่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระเกิน ให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย โดยให้ถือว่าบริษัทฯ หลุดพ้นจากภาระหนี้สินใดๆ ที่มีต่อข้าพเจ้าแล้วในการจ่ายเงินเข้าบัญชีธนาคารนั้น ยกเว้น เงินสินไหมทดแทนกรณี, เงินครบกักหนัดสัญญา และเงินคืนที่เกี่ยวกับในเรื่องของการที่บริษัทฯ ไม่สามารถรับประกันภัยในทุกกรณี ซึ่งบริษัทฯ จ่ายให้เป็นเช็ค / ตัวแลกเงิน
2. หากข้าพเจ้าเคยแสดงความประสงค์ในการเลือกรับเงินใดๆ ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัยไว้ด้วยวิธีใดๆ ก็ตามก่อนหน้านี้ ข้าพเจ้าขอให้บริษัทฯ ยึดถือการแสดงความจำนงตามหนังสือฉบับนี้เป็นสำคัญ ในการดำเนินการ
3. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงให้บริษัทฯ จ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยและเงินคืนจากค่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระเกินในนามของผู้เอาประกันภัยได้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยบรรลุนิติภาวะแล้ว
4. ในกรณีที่บริษัทฯ ไม่สามารถนำเงินเข้าบัญชีธนาคารตามที่ระบุไว้ ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ข้าพเจ้ายินดีจะรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยและเงินคืนจากค่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระเกิน เป็นเช็ค หรือ ตัวแลกเงิน (Draft) ตามวิธีปฏิบัติปกติของบริษัทฯ
5. หากมีการเปลี่ยนแปลงบัญชีธนาคาร หรือเกี่ยวกับการใช้บัญชีธนาคารที่ระบุไว้ ข้าพเจ้าจะแจ้งแก่บริษัทฯ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน

อย่างไรก็ตาม บริษัทฯ จะยังคงจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยและเงินคืนจากค่าเบี้ยประกันภัยที่ชำระเกิน เป็นเช็คหรือตัวแลกเงินจนกว่าบริษัทฯ จะได้นำดำเนินการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงจะดำเนินการให้ตามความประสงค์ข้างต้นเพื่อเป็นหลักฐานแห่งข้อตกลงข้างต้น ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาหน้าสมุดเงินฝากออมทรัพย์ หรือ Statement บัญชีกระแสรายวัน ที่ปรากฏชื่อ เลขที่บัญชีของข้าพเจ้าและสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..... โปรดเซ็นชื่อให้เหมือนกับลายเซ็นในกรมธรรม์ประกันภัย

()

ผู้เอาประกันภัย / ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ลงชื่อ.....

()

พยาน / ผู้เอาประกันภัย (กรณียังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ลงชื่อ.....

()

พยาน

หมายเหตุ ชื่อเจ้าของบัญชีต้องเป็นชื่อเดียวกับชื่อผู้เอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ เท่านั้น

ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติ

(.....)

...../...../.....

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

การเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาลและผ่าตัด/สัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาลรายวัน สัญญาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคลและสัญญาอื่นๆ ใช้เอกสารในการเรียกร้องดังต่อไปนี้

- แบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลของบริษัทฯ โดยผู้เอาประกันภัยกรอกรายละเอียดส่วนที่ 1 และแพทย์ผู้ทำการรักษากรอกรายละเอียดส่วนที่ 2
- ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ (บริษัทไม่รับสำเนาใบเสร็จทุกกรณี เว้นแต่ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยได้นำใบเสร็จรับเงินต้นฉบับไปเบิกกับบริษัทประกันภัยอื่นๆ หรือสวัสดิการใดๆ และยังไม่ได้รับความคุ้มครองเต็มตามค่าใช้จ่ายจริงในใบเสร็จรับเงิน จึงต้องการเรียกร้องในส่วนที่ยังขาดเพิ่มเติม กรณีเช่นนี้ขอให้นำสำเนาใบเสร็จรับเงินที่มีการรับรองการจ่ายแล้ว พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง และใบแสดงรายละเอียดของรายการจ่ายที่ผู้เอาประกันภัย ได้รับไปแล้ว ส่งไปพร้อมเอกสารเรียกร้องได้ตามปกติโดยบริษัทจะพิจารณาจ่ายในส่วนของค่าใช้จ่ายที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครอง แต่ไม่เกินสิทธิที่ได้ซื้อไว้ตามกรมธรรม์ประกันภัย)
- ใบสรุปหน้างบบค่ารักษาพยาบาล
- เอกสารทางการแพทย์อื่นๆ เช่น ผลการตรวจต่างๆ (ถ้ามี)

หมายเหตุ : เพื่อประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย การลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการเรียกร้องต้องเหมือนกับลายมือชื่อที่ให้ไว้ขณะขอเอาประกันภัย

การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากการประสบอุบัติเหตุ

ใช้เอกสารในการเรียกร้องค่าสินไหมดังต่อไปนี้

- แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของบริษัทฯ โดยผู้เอาประกันภัยกรอกรายละเอียดส่วนที่ 1 และแพทย์ผู้รักษากรอกรายละเอียดในส่วนที่ 2
- พิล์มเอกซเรย์ หรือสำเนารายงานการอ่านฟิล์ม ในกรณีที่มีกระดูกเคลื่อนที่ แตกหัก หรือสูญเสียอวัยวะ
- เอกสารอื่นๆ เช่น สำเนาบันทึกรายการประจำวันของตำรวจ (ถ้ามี)

หมายเหตุ : เพื่อประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย การลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการเรียกร้องฯ ต้องเหมือนกับลายมือชื่อที่ให้ไว้ขณะขอเอาประกันภัย

การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาเพิ่มเติมโรคร้ายแรง

เอกสารที่ใช้ในการเรียกร้องมีดังนี้

- แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของบริษัทฯ โดยผู้เอาประกันภัยกรอกรายละเอียดในส่วน 1 และแพทย์ผู้ทำการรักษากรอกรายละเอียดในส่วนที่ 2
- ผลการตรวจชิ้นเนื้อ หรือผลทางพยาธิสภาพ
- สำเนาประวัติการรักษาทั้งหมด (ถ้ามี)

หมายเหตุ : เพื่อประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย การลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการเรียกร้องต้องเหมือนกับลายมือชื่อที่ให้ไว้ขณะขอเอาประกันภัย