

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

กรุณากรอกแบบฟอร์มนี้ให้สมบูรณ์และให้แพทย์กรอกรายงานแพทย์ด้านหลัง

ผลประโยชน์ : ค่ารักษาพยาบาล ทูพพลภาพ
 โรคร้ายแรง สูญเสียอวัยวะ อื่นๆ

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

สาเหตุการเรียกร้อง (การเรียกร้องครั้งนี้เป็นการยื่น ครั้งที่ 1 เพิ่มเติมจากครั้งก่อน)

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ วันที่เกิดเหตุ...../...../.....เวลา.....น. สาเหตุ..... สถานที่เกิดเหตุ..... ลักษณะบาดแผล อาการ และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ..... มีการแจ้งความหรือไม่/ที่ใด (ถ้ามีกรุณาแนบเอกสาร)..... | <input type="checkbox"/> เจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร..... เป็นมานานเท่าใดก่อนเข้าโรงพยาบาล..... การวินิจฉัยโรคของแพทย์..... |
|---|--|

| รายละเอียดการรักษา | วันที่ | ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา | ชื่อสถานพยาบาล |
|---|--------|------------------------|----------------|
| 1. เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้ | | | |
| 2. ประวัติการรับการรักษาอาการเช่นเดียวกันในอดีต | | | |

3. การรักษาค้างนี้ ได้รับการตรวจรักษาอย่างไรบ้าง เช่น เอ็กซเรย์ ผ่าตัด ให้อา หรืออื่นๆ โปรดระบุ.....
.....
4. อาการปัจจุบัน (โปรดแจ้งรายละเอียด)

5. ท่านได้มีการหยุดงานหรือไม่/กี่วัน : ไม่ หยุด.....วัน (หากมีใบลางาน/หนังสือรับรองการหยุดงาน กรุณาแนบด้วย)

6. การรับค่าสินไหมฯ : ส่งถึงลูกค้าโดยตรง โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร กรุณากรอกหนังสือแจ้งความจำนงเพิ่มเติม

จัดส่งเอกสารประกอบการเรียกร้อง ดังนี้
 แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ใบรายงานแพทย์ผู้รักษา
 ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับและใบสรุปหน้างบค่ารักษาพยาบาล สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน
 फिल्मเอกซเรย์หรือใบอ่านผลฟิล์ม (กรณีกระดูกแตกหักหรือสูญเสียอวัยวะ) อื่นๆ.....

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

ข้อความรวม ผู้ใดทุจริตหลอกลวงบริษัทประกันภัยผู้อื่น ด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังว่านั้น ทำให้ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากบริษัทประกันภัยที่ถูกหลอกลวงนั้น หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้บริษัทประกันภัยที่ถูกหลอกลวงนั้น หรือบุคคลที่สาม ทำ ถอน หรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำผิดฐานฉ้อโกงซึ่งเป็นความผิดในทางอาญาต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง

หนังสือให้ความยินยอมของผู้เอาประกันภัย
ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งถึงการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา การให้การรักษา ตลอดจนสำเนาบันทกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้าต่อ บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ หนึ่งสำเนารูปถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

➡ 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