



กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ (Policy No.)

□□□□ - □□□□□□□□

ใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีทุพพลภาพ / เจ็บป่วยโรคร้ายแรง / ค่ารักษาพยาบาลและค่าชดเชยรายวัน

เราเข้าใจว่าการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนมีความสำคัญกับท่านดังนั้นเพื่อให้การพิจารณานุมัติสินไหมเป็นไปอย่างรวดเร็วกรุณา 1) กรอกแบบฟอร์มนี้ให้ครบถ้วน 2) แนบเอกสารดังระบุไว้ในหน้าที่ 3 และ 3) ส่งแบบฟอร์มนี้ผ่านทางตัวแทนหรือสำนักงานใหญ่โดยเร็วที่สุด

หมายเหตุ ผู้เรียกร้องค่าสินไหมควรกรอกแบบฟอร์มนี้ด้วยตนเอง และไม่ควรถูกนามในแบบฟอร์มโดยไม่ได้กรอกข้อมูลเอง ทั้งนี้ไม่มีค่าธรรมเนียมค่าคอมมิชชั่นหรือค่าใช้จ่ายใด ๆ แก่ตัวแทนหรือพนักงานในการเรียกร้องค่าสินไหมในครั้งนี้

1 ข้อมูลของผู้เอาประกัน

ชื่อ-สกุลของผู้เอาประกัน

เลขที่บัตรประชาชนของผู้เอาประกัน

2 ประเภทของการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

- ทุพพลภาพ ค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายวัน
 ค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุ เจ็บป่วยโรคร้ายแรง อื่นๆ

3 รายละเอียดของการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ชื่อและที่อยู่ของการรักษาที่โรงพยาบาล / สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

วันที่เข้ารับการรักษาล่าสุด

ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ผู้ทำการรักษา

โรค/อาการปัจจุบันของการเข้ารับการรักษา

*การพิจารณานุมัติสินไหมจะเป็นไปอย่างรวดเร็วหากได้รับข้อมูลประวัติการรักษาของผู้เอาประกันที่ครบถ้วน

4 โปรดกรอกรายละเอียดในส่วนนี้ กรณีเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุ

วันที่และเวลาเกิดเหตุ

สถานที่เกิดเหตุ

ลักษณะการเกิดเหตุ

5 โปรดกรอกรายละเอียดในส่วนนี้ กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายวัน

วันที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

ออกจากโรงพยาบาล

คำวินิจฉัยของแพทย์

ท่านเคยเรียกร้องค่าทดแทนด้วยโรคนี้อีกก่อนหรือ

- เคย ไม่เคย

FOR OFFICE USE ONLY

Received date:

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการกรอกแบบฟอร์ม

กรุณาติดต่อ
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ที่หมายเลข 1159
หรือติดต่อสำนักงานใหญ่
บมจ.กรุงไทย-แอ็กซ่า ประกันชีวิต
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์
แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง
เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

ข้อมูลผู้ให้บริการ

ชื่อ-สกุล

เบอร์โทร

อีเมล

6 ข้อมูลการทำงาน

ชื่อ-ที่อยู่ของสถานที่ทำงาน

อาชีพปัจจุบันและหน้าที่รับผิดชอบ

วันที่ขาดงานวันแรก

วันที่กลับมาทำงาน

แพทย์ผู้ทำการรักษาอนุญาตให้ลาป่วยหรือไม่ โปรดระบุ ใช่ ไม่ใช่

7 วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน

โอนเข้าบัญชีประเภทออมทรัพย์ชื่อบัญชี

ธนาคาร

สาขา

เลขที่บัญชี

ข้าพเจ้าขอรับเงินค่าสินไหมทดแทนและผลประโยชน์ตามกฎหมายทั้งหมดอันพึงมีและทุกกรณีตามที่ข้าพเจ้าเป็นผู้เอาประกันภัยก่อนหน้าวันที่ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมฉบับนี้โดยโอนผ่านเลขที่บัญชีข้างต้น

***โปรดแนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกของผู้อุปประกันเท่านั้นและรับรองสำเนาถูกต้องเป็นหลักฐานมาพร้อมกับหนังสือฉบับนี้**

8 คำประกาศและการอนุญาต

ข้าพเจ้าขอประกาศและตกลงในนามตนเองและบุคคลอื่นที่อ้างถึงในแบบฟอร์มการเรียกร้องนี้ (“บุคคลที่เกี่ยวข้อง”) ว่า ข้อความทั้งหมดและการตอบคำถามต่าง ๆ ที่ให้ไว้ ไม่ว่าจะเขียนด้วยลายมือของข้าพเจ้าเองหรือไม่ก็ตาม ถือว่าข้าพเจ้ารับทราบและรับรองข้อมูลทั้งหมดว่าถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าขอประกาศและตกลงว่าข้าพเจ้าได้รับมอบอำนาจอย่างเต็มที่และความยินยอมจากบุคคลที่เกี่ยวข้องในคำประกาศและข้อตกลงดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้าอนุญาตในนามของตนเอง ผู้อุปประกัน และบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองทั้งหลาย แก่

- (1) นายจ้าง แพทย์จดทะเบียน โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกัน ธนาคาร หน่วยงานราชการ หรือหน่วยงานอื่น ๆ บุคคลหรือองค์กรใด ๆ ที่มีบันทึกหรือได้รับรู้เกี่ยวกับข้าพเจ้า ผู้อุปประกัน หรือ บุคคลที่ได้รับความคุ้มครอง และผู้ซึ่งได้เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้อุปประกัน ผู้ที่ได้รับความคุ้มครอง ให้สามารถเปิดเผยและจัดหาข้อมูลและบันทึกซึ่งอาจมีการร้องขอจากบริษัทฯ ให้กับบริษัทฯ
- (2) บริษัท หรือ แพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้ทำการตรวจร่างกาย หรือการตรวจเช็คทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลทางการแพทย์และทดสอบ เพื่อที่จะประเมินสถานะทางสุขภาพของข้าพเจ้า ผู้อุปประกัน และผู้ที่ได้รับความคุ้มครอง ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องนี้

การอนุญาตดังกล่าวนี้จะผูกพันถึงทายาท ผู้รับโอน ของข้าพเจ้า และยังคงมีผลผูกพันไม่ว่าโดยการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ สำเนาของการอนุญาตนี้ให้ถือว่ามีผลผูกพันสมบูรณ์เทียบเท่าคำประกาศและการอนุญาตฉบับจริงที่ข้าพเจ้าได้มีอำนาจเต็มและยินยอมจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการอนุญาตดังกล่าวข้างต้น

ข้าพเจ้าไม่อนุญาตให้บริษัทฯ นำข้อมูลของข้าพเจ้ามาปรับปรุงเป็นปัจจุบันในระบบฐานข้อมูลของบริษัทฯ

ข้าพเจ้าไม่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเพื่อวัตถุประสงค์ทางการตลาดและไม่ประสงค์จะรับเอกสารส่งเสริมทางการตลาดแบบตรงใด ๆ ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และยินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์กรสถาบันที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้า ทั้งในอดีต และปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดแก่บริษัทฯ กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับ มอบหมาย และสำเนาภาพถ่ายหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ถือว่ามีผลบังคับ

ผู้อุปประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้เยาว์) วันที่

อีเมล

เบอร์โทรศัพท์

9 เอกสารแนบ

โปรดทำเครื่องหมายในช่องเอกสารที่แนบมาพร้อมกับใบเรียกร้องค่าสินไหมฉบับนี้ กรณีที่แนบเอกสารมาไม่ครบ ทางบริษัท ฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาสินไหมหลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

No.	เอกสารที่ต้องการ	กรณีโรคร้ายแรง	กรณีทุพพลภาพ สิ้นเชิงถาวร
1	ใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (ฟอร์มบริษัท)	✓	✓
2	สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกัน)	✓	✓
3	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกัน)	✓	✓
4	สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกของผู้เอาประกัน	✓	✓
5	ใบรายงานแพทย์ที่ทำการตรวจรักษา (ด้านหลังใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน)	✓	✓
6	ผลการตรวจชิ้นเนื้อ / ผลทางพยาธิวิทยา	✓	✓
7	แบบฟอร์มรายงานการตรวจรักษาและผลการตรวจร่างกายผู้เอาประกัน (ฟอร์มบริษัท)	✓	✓
8	รูปถ่าย / ผลอ่านฟิล์ม	*	✓
9	รายงานแพทย์รับรองความทุพพลภาพ (ออกโดยจักษุแพทย์)	*	*
10	บันทึกประจำวันขณะเกิดเหตุ (ข้อไป - ข้อกลับ)	*	*



จำเป็นต้องใช้ประกอบการพิจารณา



ใช้ประกอบการพิจารณาในบางกรณี

10 การติดตามสถานะสินไหม

ท่านจะได้รับข้อความหรืออีเมลหลังจากบริษัทฯ ได้รับผลการเรียกร้องค่าสินไหม หากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อได้ตามช่องทางต่อไปนี้



<https://www.krungthai-axa.co.th/>
(การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน)



ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์
โทร. 1159



customer-care@krungthai-axa.co.th

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ยืนยันที่จะทำการเรียกร้องค่าสินไหมของท่านเป็นไปด้วยความรวดเร็วและไม่ซับซ้อน ขอขอบคุณที่ให้ความไว้วางใจในบริษัท ฯ เรายินดีที่จะให้บริการท่านอย่างดีที่สุด

ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ 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 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

3. FOR ACCIDENT

A. Date & Time of accident : Date: Time:

B. Cause of accident:

C. Was the patient under the influence of alcohol of drug at the time of arrival to the hospital? No Yes

4. Date first saw the patient for this illness / injury:

5. (a) Present illness / Details of injury:

(b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs):

6. (a) Pertinent lab / Investigations:

(b) HIV Test: Yes, result No

7. Diagnosis (including principle / underlying condition / complication)

1 ICD 10 2 ICD 10

3 ICD 10 4 ICD 10

8. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.):

(b) Operation: ICD 9 Pathology report:

(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? No Yes

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)? No Yes

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 anomaly No Yes

(b) Unfavorable past medical history No Yes

(c) Degenerative change(s) No Yes

(d) A family history that increased the probability or severity of this disease No Yes

(e) Doctor's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increase risk? No Yes

(f) Alcohol or drugs No 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 related to infertility? No Yes

15. Other comments about the 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 Specialty License No.

Hospital Name Address Tel. No.

Signature

Date

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาการแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชนผู้ยื่นนั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 12 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง