

ข้อมูลกรมธรรม์ Policy Data

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ Policy Number

วันที่รับแจ้ง Date of Receipt

เวลา น.

เพื่อความรวดเร็ว โปรดแนบรายงานแพทย์และใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลตัวจริงมาพร้อมใบเรียกร้องนี้

To ensure efficient service, please attach the Physician's Report and the original Medical Treatment Receipt with this form.

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย Insured's Data

ชื่อผู้เอาประกันภัย Insured's Name

เพศ Sex

อายุ Age

เบอร์โทรศัพท์ Tel.

ที่อยู่ปัจจุบัน Address

อาชีพ Occupation

ตำแหน่งงาน Position

ชื่อของนายจ้าง Employer's Name

เบอร์โทรศัพท์ Tel.

ที่อยู่ของนายจ้าง Employer's Address

รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ / การบาดเจ็บ Accident / Injury's Data

วันที่เกิดอุบัติเหตุ Date of Accident

เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ Time of Accident

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Place of Accident

รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ (โดยละเอียด) Describe Accident in Detail

ขณะเกิดอุบัติเหตุ ท่านกำลังเดินทางอยู่หรือไม่

Were you traveling upon the Accident? ใช่ ไม่ใช่

Yes No

ถ้าใช่ กำลังเดินทางจาก

If so, from

ถึง

To

ชื่อและเลขหมายของยานพาหนะ (รถยนต์/รถจักรยานยนต์/รถไฟ/รถประจำทาง/สายการบิน ฯลฯ)

Exact Conveyance (Vehicle/Motorcycle/Train/Bus/Airline, etc.)

with Plate No./Route No. and/or Flight No.

โปรดแจ้งชื่อและที่อยู่ของพยานผู้เห็น

Name and Address of the Witness

รายละเอียดของความบาดเจ็บที่ได้รับ (ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บและลักษณะของอาการบาดเจ็บ)

Describe Injury in detail (Part(s) of injury and Nature of Injury)

มีการแจ้งความหรือไม่

Did you inform the Police?

มี

Yes

ไม่มี

No

ถ้ามี โปรดระบุสถานที่

If so, where?

ท่านกำลังเรียกร้องค่าทดแทนประกันภัยหรือค่าทดแทนอื่นใดเนื่องจากความบาดเจ็บ / เสียชีวิตครั้งนี้ด้วยหรือไม่?

Are you making any other Insurance or Compensation Claims as result of this Injury/Death?

กำลังเรียกร้อง

Yes

ไม่เรียกร้อง

No

ชื่อบริษัท / หน่วยงาน (หากกำลังเรียกร้อง)

Name of Company/Bureau (If, Yes)

หนังสือให้ความยินยอม Authorization

ข้าพเจ้าขอยินยอมและขอมอบอำนาจให้แพทย์ สถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือตัวแทนที่ได้รับมอบอำนาจถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษาใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลหรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้ อันนี้ สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้ ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any physician, clinic, hospital or other person who has attended or examined me to furnish to the company or its authorized representatives and all information with respect to any illness, injury, medical history, consultation, prescription or treatment, and copies of all clinic or hospital or medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the originals.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ถ้อยแถลงข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ I hereby certify that the above statements are true and correct.

ผู้เอาประกัน / ผู้เรียกร้อง

Insured/Claimant (

วันที่

)Date

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน

Relationship with Insured

รายงานแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา Medical Report

รายละเอียดผู้ป่วยและการเกิดเหตุ
Patient and injury's Date

ชื่อผู้ป่วย Patient's Name เพศ Sex อายุ Age

วันที่เกิดเหตุ Date of Accident เวลา Time น. hrs.

เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย Patient Card No.

สาเหตุของการบาดเจ็บ Cause of Injury

รายละเอียดการวินิจฉัยและการรักษา
Diagnosis and Treatment's Detail

รายละเอียดของความบาดเจ็บที่ได้รับ Describe Injury in detail

ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ Part of Injury	ลักษณะของอาการบาดเจ็บ Nature of Injury
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

การวินิจฉัยโรค Diagnosis

รายละเอียดการรักษาโรค Detail of Treatment

ความบาดเจ็บครั้งนี้ต้องกระทำสิ่งดังต่อไปนี้หรือไม่? Was this Injury needed to:

- 1.) เอ็กซเรย์ ต้อง ไม่ต้อง เมื่อวันที่
- X-Ray yes no Date taken
- 2.) การวินิจฉัยโรคด้วยวิธีพิเศษ ต้อง ไม่ต้อง โปรดระบุ
- Special Types of Diagnosis yes no Please specify

โรคแทรกซ้อน และ/หรือโรคประจำตัว ถ้ามี

Complication and/or Underlying Disease, If any

ผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะส่วนใดหรือไม่? ถ้ามี โปรดระบุรายละเอียด
Has the Patient lost (and/or Suffered loss of use) any parts of the body or organs? If any, Please give detail.

การสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะนั้น ได้สูญเสียโดยสิ้นเชิงใช่หรือไม่? โปรดระบุ
Has the above mentioned loss of parts or loss of use been a Total Permanent Loss?, Please specify.

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้โดยสิ้นเชิง

Period when the Patient will be Permanently Disable from ถึง

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้บางส่วน

Period when the Patient will be Partially Disable from ถึง

ชื่อและที่อยู่สถานพยาบาล/โรงพยาบาลที่รักษา Name of the admitted Clinic/Hospital

เบอร์โทรศัพท์

Tel.

ระยะเวลาการรักษาในสถานพยาบาล/โรงพยาบาล Period of Treatment in Clinic/Hospital

ตั้งแต่วันที่ ถึง

As from to

วันที่ทำรายงาน Date of Report

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ Medical License No.

หมายเหตุ แพทย์ผู้ตรวจรักษาซึ่งออกใบแสดงความเห็นนี้ ควรเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ โดยบริษัทจะไม่รับผิดชอบถึงค่าใช้จ่ายในการให้ใ้มาซึ่งเอกสารนี้ The physician who's attending for this case Would have a medical license. The company will not be liable for any expenses incurred for Obtaining this document

ลงชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา _____ วันที่ _____
Physician's Signature () Date