

Easy Doctor / Medical Malpractice Insurance Claim Form

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์

To Protect your own interest, please fill in this form completely

เพื่อรักษาผลประโยชน์ของท่าน โปรดกรอกรายละเอียดด้านล่างให้สมบูรณ์

Insured' s information / ข้อมูลผู้เอาประกันภัย :

Policy No. / กรมธรรม์เลขที่ _____

Insured Name / ชื่อผู้เอาประกันภัย _____

Address to contact / ที่อยู่เพื่อการติดต่อ _____

Telephone No. / โทรศัพท์ _____

Fax No. / โทรสาร _____ Email Address / ที่อยู่อิเล็กทรอนิกส์ _____

Graduate From _____ Year _____

Medical fields / สาขาวิชาแพทย์ _____

Medical practitioner No. / ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่ _____ ออกเมื่อวันที่ _____

Claimant' s information / ข้อมูลผู้เรียกร้อง

Patient /Claimant Name / ชื่อผู้เรียกร้อง / ผู้เสียหาย _____

Sex / เพศ _____ Age / อายุ _____ Years / ปี HN No. / เลขที่ผู้ป่วย _____

Type of patient / ประเภทผู้ป่วย Old / เก่า From year _____ New / ใหม่

Address to contact / ที่อยู่เพื่อการติดต่อ _____

Telephone No. / โทรศัพท์ _____

Claim information / ข้อมูลการเรียกร้อง

Place of treatment / สถานที่เข้ารับรักษา _____ วันที่เข้ารับรักษา / Date of treatment _____

Cause of treatment / สาเหตุอาการที่เข้ารับรักษา _____

IPD / ผู้ป่วยใน From Date _____ To _____

OPD / ผู้ป่วยนอก

Diagnosis / การตรวจวินิจฉัยโรค _____

Symptoms of the disease, Plan of treatment and effects / การชี้แจงถึงอาการของโรค แผนการรักษาและผลข้างเคียง _____

Notified person name / ชื่อผู้รับการชี้แจง _____

OPD Card record / การบันทึกในเวชระเบียน Yes No

Date of claim / วันที่ถูกเรียกร้อง _____

Cause of claim / สาเหตุการเรียกร้อง _____

Death / เสียชีวิต

Place of death / สถานที่เสียชีวิต _____ Date of death / วันที่เสียชีวิต _____

Live / ไม่เสียชีวิต

Symptom / มีอาการ _____

Place of Follow Up / รักษาต่อที่ _____

From Date / ตั้งแต่วันที่ _____ To / ถึงวันที่ _____

Claimant / ผู้เรียกร้องค่าเสียหาย

Patient Name / ผู้ป่วยชื่อ _____ Heir Name / ทายาท _____

Amount of claims / จำนวนเงินที่เรียกร้อง _____ Baht / บาท

The doctor involved in the claim treatment. / แพทย์ผู้เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยที่เกิดการเรียกร้อง

Yes / มี Doctor's Name 1. _____

2. _____

3. _____

No / ไม่มี

Medical opinion, medical explanation, allegations / ความเห็นทางการแพทย์ คำอธิบาย การยืนยันของแพทย์เกี่ยวกับข้อกล่าวหา

ข้าพเจ้าขอให้ข้อมูลและรายละเอียดข้างต้นเพื่อใช้ประกอบการเรียกร้องตามกรมธรรม์ และขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

I have already enclosed my evidence document / พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบการพิจารณา

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกันภัย
2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ / ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์
3. สำเนาหนังสือเรียกร้องจากผู้ป่วย / ผู้เสียหายและเอกสารประกอบการเรียกร้อง
4. หนังสือยินยอมการตรวจรักษาหรือหนังสือยินยอมการเข้ารับการผ่าตัด
5. ประวัติการรักษาทั้งหมดพร้อมเอกสารประกอบเช่น เวชระเบียน พิล์ม X-ray และอื่นๆ
6. รายละเอียดการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้ดูแลทั้งหมดพร้อมลายเซ็น
7. รายงานการพิจารณาและความเห็นของเหตุการณ์ของคณะกรรมการโรงพยาบาลและคำอธิบายการยืนยันเกี่ยวกับข้อกล่าวหา
8. รายละเอียดค่าเสียหายทั้งหมดที่เรียกร้อง พร้อมเอกสารประกอบ และข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยพร้อมหลักฐาน
9. ข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับคนไข้หรือการให้การรักษา
10. การดำเนินการต่าง ๆ ตั้งแต่ถูกกล่าวหา / ฟ้องร้อง
11. กรมธรรม์ประกันภัยอื่น ๆ ที่คุ้มครอง (ถ้ามี)