

# แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน



TOKIO MARINE  
INSURANCE GROUP

กรุณากรอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์ โดยผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้องที่มีส่วนได้เสียกับผู้เอาประกันภัยเท่านั้น พร้อมลงนาม

ชื่อผู้เอาประกันภัย	อายุ	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/Passport No.	หมายเลขกรมธรรม์ ( ทั้งหมด )
ที่อยู่ และ หมายเลขโทรศัพท์			กรมธรรม์กับบริษัทอื่น(ระบุชื่อและเลขกรมธรรม์)
สถานที่ทำงาน / อาชีพ / ตำแหน่ง-หน้าที่			ท่านได้ยื่นใบลากับนายจ้าง หรือ ผู้บังคับบัญชาหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ยื่น <input type="checkbox"/> ยื่น ได้ลาในวันที่.....
<b>ผลประโยชน์ที่เรียกร้อง</b> <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> การสูญเสียอวัยวะ <input type="checkbox"/> การคลอดบุตร หรือ สมรส <input type="checkbox"/> โรคภัยแรง <input type="checkbox"/> การรักษาในโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....			การเรียกร้องครั้งนี้เป็นการเรียกร้อง <input type="checkbox"/> ครั้งแรก <input type="checkbox"/> ต่อเนื่องครั้งที่.....
<b>รายละเอียดกรณีเกิดอุบัติเหตุ</b> วันที่เกิดอุบัติเหตุ                      เวลา                      สถานที่เกิดเหตุ รายละเอียด / สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ  ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บและลักษณะการบาดเจ็บ / บาดแผล			<b>วิธีการรับเงินสินไหมทดแทน</b> <input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> โอนเงิน โปรตระบุ ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี..... ธนาคาร..... ( ให้ส่งสำเนาสมุดคู่ฝากหน้าทีระบุชื่อบัญชี และ เลขที่บัญชี กรณีที่ไม่ส่งบริษัทจะจ่ายเป็นเช็ค)

**รายละเอียดกรณีการเข้ารับการรักษา และ / หรือ รับการรักษาจากแพทย์**

วันที่เข้าโรงพยาบาล	วันที่ออกจากโรงพยาบาล	ชื่อแพทย์ท่านแรกที่ไปพบ	ชื่อโรงพยาบาล / คลินิก
แพทย์แจ้งว่าท่านป่วยเป็นโรคอะไร			ชื่อแพทย์ที่แนะนำให้รักษาตัวในโรงพยาบาล
ท่านเคยทำการรักษาหรือรักษาด้วยโรคหรืออาการเช่นการเข้ารับการรักษาครั้งนี้หรือโรคและอาการอื่นๆมาก่อนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย ครั้งหลังสุดเมื่อ.....ณ โรงพยาบาล / คลินิก.....ด้วยอาการ / โรค.....			

**คำรับรองและหนังสือให้ความยินยอม**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ตอบคำถามทั้งหมดตามความเป็นจริงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจเปิดเผยถึง การเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ไบops หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้า แก่บริษัทที่เกี่ยวข้องมารีประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้แทนของบริษัทฯ ได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมซึ่งได้รับการรับรองสำเนาถูกต้อง โดยบริษัทฯ ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ..... ลงชื่อ .....  
( ..... ) ( ..... )  
ผู้เอาประกันภัย / ผู้มีสิทธิ์ตามกรมธรรม์                      พยาน

**คำรับรองของตัวแทนประกันชีวิต**

ข้าพเจ้าในฐานะตัวแทนประกันชีวิต ซึ่งได้ดำเนินการทำเรื่องเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้ ขอรับรองว่าการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ และการตอบคำถามใดๆใน เอกสารนี้เป็นไปด้วยความถูกต้องตามข้อเท็จจริงที่ข้าพเจ้าได้รับรู้มา

ชื่อ - สกุล.....หมายเลขโทรศัพท์.....  
หน่วย/ สาขา.....

# แบบฟอร์มรายงานของแพทย์ผู้รักษา



**TOKIO MARINE**  
INSURANCE GROUP

Patient's Name/Surname.....		HN.....	AN.....	
Age.....years	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	ID No.....		
Admission Date.....Time.....		Discharge Date.....Time.....		
<b>For Illness:</b>				
1. Date you first saw this patient for this illness: .....				
2. Chief complaint and duration of symptoms: .....				
3. In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness: .....				
<b>For Accident :</b>				
1. Date &time of accident.....		Date & time you first saw this patient.....		
2. Cause of accident, nature of wound, injured organs: .....				
3. Was the patient under the influence of alcohol or drugs at the time of arrival to the hospital?				
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please give details .....		Blood alcohol test = .....mg%		
Patient Clinical findings (Symptoms & Signs): .....				
Underlying diseases : .....				
Did the patient need to be admitted to hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please give the indication.....				
Expected Length of stay.....day(s)		For accident: Estimated time for recovery.....		
Investigation & Result: .....				
HIV test <input type="checkbox"/> Not done <input type="checkbox"/> Done		Result..... Date performed.....		
Are the investigations relevant to the diagnosis?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
Final	Diagnosis 1: .....	ICD-10 code.....		
	Diagnosis 2: .....	ICD-10 code.....		
	Diagnosis 3: .....	ICD-10 code.....		
Treatments given (such as number of stitches, medical given, physiotherapy,etc): .....				
Surgery /Operation: .....				
Date of operation.....		Result / Complications: .....		
Pathology result.....				
Is the illness related to alcohol, drug, abuse or addiction?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please give details .....		
For female: Is the patient pregnant?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Gestational age .....Weeks		
Was the treatment related to pregnancy or treatment of infertility?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes.....		
Has the patient been treated by other doctor?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please give name and address .....		
<b>To the best of your knowledge, please give details of all previous consultations for serious disorders for this patient.</b>				
Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Physician / Hospital Name
Other comments: .....				
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.				
Signature .....		License number: .....		
( )		Specialty: .....		
Date.....				



# แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร / สูญเสียอวัยวะ

## ส่วนที่ 1 กรุณากรอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์ โดยผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องที่มีส่วนได้เสียกับผู้เอาประกันภัยเท่านั้น

ชื่อผู้เอาประกันภัย	อายุ	เลขบัตรประจำตัวประชาชน / Passport No.	หมายเลขกรมธรรม์ (ทั้งหมด)
ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์		การเรียกร้องครั้งนี้เป็นการเรียกร้อง <input type="radio"/> ครั้งแรก <input type="radio"/> ต่อเนื่องครั้งที่ .....	
สถานที่ทำงาน ..... อาชีพ ..... ตำแหน่ง / ลักษณะงานที่ทำ ..... เงินเดือนโดยเฉลี่ย ..... บาท ท่านได้ยื่นใบลากับนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชาหรือไม่ ถ้าใช่ เริ่มตั้งแต่วันที่ ..... ถึง .....			
<b>รายละเอียดกรณีเกิดทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ</b>			
วันที่เกิดเหตุ/การเจ็บป่วย	เวลา	สถานที่เกิดเหตุ	
รายละเอียด / สาเหตุ (การเกิดอุบัติเหตุ / การเจ็บป่วย)			
ส่วนของร่างกายที่มีการทุพพลภาพ / ที่ได้รับบาดเจ็บ / ลักษณะการบาดเจ็บ / การสูญเสีย			
<b>รายละเอียดกรณีการเข้ารับการรักษาและ/หรือรับการรักษาจากแพทย์</b>			
วันที่เข้าโรงพยาบาล	วันที่ออกจากโรงพยาบาล	ชื่อแพทย์ท่านแรกที่ไปพบ	ชื่อโรงพยาบาล / คลินิก
แพทย์แจ้งว่าท่านทุพพลภาพ / สูญเสียอวัยวะแล้วหรือไม่ อย่างไร		อาการปัจจุบัน(การทุพพลภาพ/สูญเสีย)	ชื่อ โรงพยาบาล / คลินิก
ท่านได้มีการส่งเบิก <input type="radio"/> <b>สิทธิกองทุนทดแทน</b> หรือ <input type="radio"/> <b>สิทธิประกันสังคม</b> แล้วหรือไม่ <input type="radio"/> ไม่ <input type="radio"/> ส่ง เมื่อ วันที่..... ใ้รับค่าชดเชย <input type="radio"/> ยังไม่ได้รับ <input type="radio"/> ได้รับแล้วเมื่อวันที่ .....			
<b>คำรับรองและหนังสือให้ความยินยอม</b>			
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ตอบคำถามทั้งหมดตามความเป็นจริงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจเปิดเผยถึงการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้า แก่ บริษัท โตเกียวมารินประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้แทนของบริษัทฯ ได้อันึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมซึ่งได้รับการรับรองสำเนาถูกต้องโดยบริษัทฯ ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ			
.....		.....	
ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครอง / ผู้แทนโดยชอบธรรม		พยาน	
<b>คำรับรองของตัวแทน</b>			
ข้าพเจ้าในฐานะตัวแทน ซึ่งได้ดำเนินการทำเรื่องเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้ ขอรับรองว่าการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้ และการตอบคำถามใดๆ ในเอกสารนี้เป็นไปด้วยความถูกต้องตามข้อเท็จจริงที่ข้าพเจ้าได้รับรู้มา			
ชื่อ-สกุล .....		ในฐานะ <input type="checkbox"/> ตัวแทน / รหัส..... ลายเซ็น.....	



ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

1. Claimant's name ..... Height ..... cms. Weight ..... kgs.
2. Has he / she totally disabled and continuously prevented from performing any work or engaging in any / occupation or profession for wages, compensation or profit? .....  
If so, on what date did such disability begin? ..... Is he /she still so disability?.....
3. State briefly the cause of the disability suffered and describe its nature and severity .....
4. Are the symptoms progressed stable or improved? .....
5. Treatments rendered by you since .....
- Office treatments: Give dates .....
- Home (or hospital) treatments: Give dates .....
- Character of treatments .....
6. Is he / she confined to bed? ..... or house .....
- If so, since when from .....
7. If not confined to bed or house: How does he / she spend his / her time? .....
8. Does his / her disability render him / her totally disabled or partially disabled ?.....
9. In your opinion, could he / she without injury to his / her health < resume any work for which he is fitted by nature, training of experience? .....
- If so, on what date was he / she first able to resume such work .....
10. If he / she is not continuously totally disabled how much longer approximately will such totally disability continue? .....
- Prognosis .....
11. Please give additional information including neurological examinations, laboratory tests, X-rays, Wassermann, etc., that will able the Company to determine the merits of this claim. ....

Signature.....

Specialty .....

( )

Attending Physician

License No. ....