



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ

กรุณากรอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์ โดยผู้เอาประกันภัย/ ผู้เรียกร้องที่มีส่วนได้เสียกับผู้เอาประกันภัยเท่านั้น พร้อมลงนาม

ชื่อผู้เอาประกันภัย	อายุ	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/Passport No.	กรมธรรม์เลขที่
ที่อยู่ และ หมายเลขโทรศัพท์			การเรียกร้องครั้งนี้เป็นการเรียกร้อง <input type="checkbox"/> ครั้งแรก <input type="checkbox"/> ต่อเนื่องครั้งที่.....
สถานที่ทำงาน.....			ตำแหน่ง.....
ลักษณะงาน/หน้าที่รับผิดชอบ.....			
ท่านได้ยื่นใบลากับนายจ้าง หรือผู้บังคับบัญชาหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ได้ยื่น <input type="checkbox"/> ยื่น เริ่มตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....			
รายละเอียดการเกิดทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ (กรุณาระบุพอสังเขป)			
วันที่เริ่มทุพพลภาพ.....			
สาเหตุของการทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> เจ็บป่วย			
ส่วนของร่างกายที่มีการทุพพลภาพ (กรุณาระบุอวัยวะ).....			

ชื่อแพทย์	ชื่อโรงพยาบาล / คลินิก	วันที่รักษา	การรักษา
.....
.....

ท่านมีสิทธิเรียกร้อง ไม่มี สิทธิกองทุนทดแทน สิทธิประกันสังคม สิทธิอื่นถ้ามี (ระบุ)

ท่านได้รับค่าชดเชย ยังไม่ได้รับ ได้รับเมื่อวันที่

คำรับรองและหนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ตอบคำถามทั้งหมดตามความเป็นจริง และยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจเปิดเผยถึงการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา โยคีโยคะ หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้า แก่ บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้แทนของบริษัทฯ ได้อันหนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมซึ่งได้รับการรับรองสำเนาถูกต้องโดยบริษัทฯ ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ลงชื่อ

(.....) (.....)

ผู้เอาประกันภัย/ ผู้มีสิทธิตามกรมธรรม์ พยาน

วันที่..... วันที่.....

คำรับรองของฝ่ายบุคคล/ นายจ้าง

ข้าพเจ้าในฐานะฝ่ายบุคคล/ นายจ้าง ซึ่งได้ดำเนินการทำเรื่องเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้ ขอรับรองว่าการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ และการตอบคำถามใดๆ ในเอกสารนี้เป็นไปด้วยความถูกต้องตามข้อเท็จจริงที่ข้าพเจ้าได้รับรู้มา

ลงชื่อ

(.....)

ฝ่ายบุคคล/ นายจ้าง

วันที่.....



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

แบบฟอร์มรายงานโดยจักษุแพทย์

ชื่อผู้ป่วย (Claimant's Name)..... อายุ (Age)..... ปี (Years)

ที่อยู่ (Address).....

วันที่ตรวจ (Eye Examination Date)..... โรงพยาบาล/ คลินิก (Name of Hospital).....

ประวัติการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยที่ตา (History of Eye Injury/ Illness).....

ผลของการตรวจตา (Eye Examination)

ตาขวา (Right Eye)

ตาซ้าย (Left Eye)

- ระดับสายตา (Visual Acuity)

- ส่วนหน้าของตา (Anterior Chamber)

- ประสาทตา (Optic Nerve)

- ความดันตา (Eye Pressure)

การวินิจฉัย (Diagnosis).....

การรักษา (Treatments).....

การพยากรณ์โรค (Prognosis).....

การสูญเสียการมองเห็น (Visual Blindness) ตาขวา (Right Eye) ถาวร (Permanent) ชั่วคราว (Temporary)

ตาซ้าย (Left Eye) ถาวร (Permanent) ชั่วคราว (Temporary)

สาเหตุการสูญเสีย (Cause of Visual Blindness).....

ความเห็นเพิ่มเติม (Additional Comment).....

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 Ophthalmologist: Signature:.....

License No.: Specialty:.....

Name of Hospital/ Official Stamp: Tel.: Date:.....



แบบฟอร์มนำส่งการเรียกร้องสินไหมกรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/ สูญเสียอวัยวะ

ชื่อผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์เลขที่ ใบรับรองประกันภัยเลขที่

บริษัท

ผู้นำส่ง..... วันที่..... โทรศัพท์.....

เอกสารในการเรียกร้องสินไหมกรณีทุพพลภาพ

- | | นำส่ง | ไม่ได้นำส่ง |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพ/ สูญเสียอวัยวะ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. แบบฟอร์มรายงานโดยแพทย์ผู้รักษากรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. สำเนาประวัติการรักษาตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพถึงปัจจุบัน (OPD CARD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

เอกสารนำส่งเพิ่มเติมในกรณีต่างๆ ดังนี้

1) กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> แบบฟอร์มรายงานการตรวจร่างกายผู้เอาประกันภัยโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> รูปถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัว) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2) กรณีสูญเสียสายตา

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> แบบฟอร์มรายงานโดยจักษุแพทย์ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> รูปถ่ายปัจจุบัน (หน้าตรง) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3) กรณีสูญเสียสูญเสียอวัยวะ

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> फिल्मเอกซเรย์ หรือ สำเนาผลการอ่านฟิล์มเอกซเรย์ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> รูปถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัวและเห็นอวัยวะนั้นๆ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

เอกสารสำคัญอื่นๆ ที่ต้องนำส่งแล้วแต่กรณี

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล ของผู้เอาประกันภัย กรณีที่ไม่ตรงตามที่ระบุในกรมธรรม์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. สำเนาใบสมัครงาน บันทึกการลงเวลาทำงานตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพถึงปัจจุบัน และหลักฐานการรับหรือจ่ายเงินเดือน ในเดือนสุดท้ายที่มาปฏิบัติงาน รับรองสำเนาถูกต้องโดยฝ่ายบุคคล | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. สำเนากារจ่ายค่าทดแทนของกองทุนเงินทดแทน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ส่วนนี้เฉพาะเจ้าหน้าที่บริษัท

บริษัทได้รับเอกสารดังกล่าวข้างต้นแล้ว และได้มีการตรวจสอบเอกสารที่ระบุมา ปรากฏว่า

- ครบถ้วน
- ไม่ครบ ขาดเอกสารดังนี้

ส่วนสินไหมประกันกลุ่ม วันที่