



## ใบนำส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมที่มีใช้การมรณกรรม(Group Insurance)

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย..... เพศ  ชาย  หญิง เลขประจำตัวประชาชน : ..... โทรศัพท์.....  
 อีเมล..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
 กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อนายจ้าง (บริษัท,องค์กร).....  
 ชื่อตัวแทน/บริษัทนายหน้า..... รหัสตัวแทน..... โทรศัพท์..... อีเมล.....

ส่งเรียกร้องสินไหมครั้งแรก  ส่งเอกสารเพิ่มเติมที่บริษัทแจ้ง  ส่งเอกสารเพิ่มเติมให้พิจารณาใหม่

กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง  หน้ารายชื่อเอกสารที่ได้มีการนำส่งเท่านั้น  
 เอกสารที่ต้องยื่นเพื่อประกอบการเรียกร้องสินไหมแต่ละประเภท มีดังนี้

1.กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล/ชดเชยรายวัน จากการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยใน		จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/>	1 แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมประกันสุขภาพ-การรักษาแบบผู้ป่วยใน(IPD)		
<input type="checkbox"/>	2 ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ		
<input type="checkbox"/>	3 ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ		
<input type="checkbox"/>	4 ใบแสดงรายละเอียดใบเสร็จ (ชนิด จำนวน ราคา)		
<input type="checkbox"/>	5 ประวัติการรักษา		
<input type="checkbox"/>	6 สำเนาใบแสดงการจ่ายของบริษัทประกันอื่นหรือหน่วยงานอื่น (กรณีเป็นส่วนเกินสิทธิ์)		
<input type="checkbox"/>	7 หนังสือให้คำยินยอม		
<input type="checkbox"/>	8 หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
<input type="checkbox"/>	9 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
2. กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล แบบผู้ป่วยนอก		จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/>	1 แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมประกันสุขภาพ-การรักษาแบบผู้ป่วยนอก(OPD)		
<input type="checkbox"/>	2 ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ		
<input type="checkbox"/>	3 ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ		
<input type="checkbox"/>	4 ใบแสดงรายละเอียดใบเสร็จ (ชนิด จำนวน ราคา)		
<input type="checkbox"/>	5 ประวัติการรักษา		
<input type="checkbox"/>	6 หนังสือให้คำยินยอม		
<input type="checkbox"/>	7 หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
<input type="checkbox"/>	8 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
3. กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล แบบผู้ป่วยนอก(การรักษาทันตกรรม)		จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/>	1 แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมประกันสุขภาพ-การรักษาทันตกรรม (Dental)		
<input type="checkbox"/>	2 ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ		
<input type="checkbox"/>	3 ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ		
<input type="checkbox"/>	4 ใบแสดงรายละเอียดใบเสร็จ (ชนิด จำนวน ราคา)		
<input type="checkbox"/>	5 ประวัติการรักษา		
<input type="checkbox"/>	6 หนังสือให้คำยินยอม		
<input type="checkbox"/>	7 หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
<input type="checkbox"/>	8 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
4.กรณีเรียกร้องศพพลภาพ / สูญเสียอวัยวะ		จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/>	1 แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมศพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ ซึ่งกรอกโดยแพทย์ผู้รักษา		
<input type="checkbox"/>	2 แบบฟอร์มใบแสดงความเห็นของจักษุแพทย์ ซึ่งกรอกโดยแพทย์ผู้รักษา		
<input type="checkbox"/>	3 รูปถ่ายตำแหน่งที่สูญเสียอวัยวะ		
<input type="checkbox"/>	4 สำเนามันที่ประจำวันจากตำรวจ ที่ระบุวันเวลาเกิดอุบัติเหตุ รับรองสำเนาถูกต้อง		
<input type="checkbox"/>	5 รายงานสรุปบันทึกประจำวันและรายงานสรุปสำนวนคดี รับรองสำเนาถูกต้อง		
<input type="checkbox"/>	6 ประวัติการรักษาที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยในครั้งนี้ทั้งหมดทุกสถานพยาบาล		
<input type="checkbox"/>	7 หนังสือให้คำยินยอม		
<input type="checkbox"/>	8 หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
<input type="checkbox"/>	9 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
<input type="checkbox"/>	10 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง		

ลงชื่อผู้ส่งเอกสาร ..... วันที่ส่งเอกสาร.....

### สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ

ตรวจสอบเอกสารโดย.....วันที่.....  ครบ  ไม่ครบ

หมายเหตุ.....

บริษัทฯจะดำเนินการพิจารณาการชดใช้เงินสินไหมทดแทนภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทฯได้รับเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมครบถ้วน ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริษัทชดใช้สินไหมทดแทนไม่เป็นไปตามเงื่อนไขความคุ้มครอง บริษัทฯอาจจะขยายระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามความจำเป็น และผู้เอาประกันภัย, ทายาทหรือผู้รับประโยชน์ต้องให้ข้อเท็จจริงแก่บริษัท ทั้งนี้บริษัทฯจะใช้เวลาและแจ้งผลให้ทราบภายในกำหนด 90 วันนับจากวันที่บริษัทฯได้รับเอกสารประกอบการครบถ้วนแล้ว

1 June 2022



**บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน)**  
**แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนผู้ป่วยนอก กรณีเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ**  
**Outpatient (OPD) Claim Form**  
**Group Insurance**

Hospital Name.....

**สำหรับผู้เอาประกันภัย**

- ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... เพศ:  ชาย  หญิง เลขประจำตัวประชาชน: .....  
 วันเดือนปีเกิด: ..... อายุ: ..... ปี ..... เดือน อาชีพ: .....  
 โทรศัพท์มือถือ: ..... โทรศัพท์บ้าน: ..... อีเมล: .....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน: .....
- กรมธรรม์เลขที่: ..... ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี) .....  
 มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่  ไม่มี  มี บริษัท: ..... กรมธรรม์เลขที่: .....
- สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้  
 เจ็บป่วย อากาศ: ..... ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้: .....  
 สถานพยาบาลที่ เคยรักษา ก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้: ..... วันที่ เข้ารับการรักษา: .....  
 บาดเจ็บ วันที่ ได้รับบาดเจ็บ: ..... เวลา: ..... สถานที่ เกิดเหตุ: .....  
 สาเหตุของการบาดเจ็บ: .....  
 ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ: .....
- สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่  ไม่เคยรักษาที่ใด  เคยรักษาที่ ..... เมื่อ: .....  
 โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน ..... บาท

**หนังสือให้ความยินยอม**

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อเท็จจริงเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ใด อันถึงสาเหตุในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่าผมผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล หรือบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย หรือ Fax Claims Service ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทจะให้ความชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าบอกกล่าว

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ \* กรณีที่มีสิทธิเรียกร้องสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย มิได้ขัดข่าหรือปิดกั้นข้อมูลศาสนาหรือหมู่โลหิตที่ปรากฏบนสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง เป็นต้น บริษัทจะดำเนินการขูดข่าหรือปิดกั้นข้อมูลเพื่อคุ้มครองข้อมูลอ่อนไหวของท่าน \*\* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ \*\*\* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย : ..... วันที่ : ..... พยาน : ..... พยาน : .....  
 (.....) ความสัมพันธ์ : ..... (.....) (.....)  
 ผู้ให้ความยินยอม : ..... ในฐานะ  ยึด/มารดา  ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

**For Physician**

- Visit date: ..... Time: ..... Vital signs: T: ..... P: ..... R: ..... BP: .....
- Chief complaint duration: .....
- Present illness or cause of injury: .....
- For Injury: Date of injury: ..... Time: ..... Place of injury: ..... Details of injury: .....
- Physical exam: .....
- Previous treatment for this illness or injury (Date & Place):.....
- The illness or injury influenced by alcohol or drug addict: ( ) No ( ) Yes, please specify .....
- Is the illness related to: (please tick  if yes)  
 Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage  Congenital / Hereditary disease  
 Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder  Influence of Drugs / Alcohol  
 Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction  AIDS  
 An accident; Date of accident: ..... Time: .....  None of above
- Underlying condition: .....
- Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.):.....
- Diagnosis:..... ICD10-TM: .....
- Treatment:.....
- Surgery/Operation: ..... Date performed: ..... ICD9-CM: .....  
 Anaesthesia Type: ( ) General Anaesthesia ( ) Spinal Anaesthesia ( ) Local Anaesthesia ( ) Others .....
- Pathological report: .....

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above.

Physician's signature ..... Medical specialty: ..... Medical license no: .....  
 (.....) Tel no: ..... Date: .....  
 Medical institute: ..... Address: .....