



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหม ประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพการเดินทางในประเทศ
Domestic Travel Accidental and Health Claim Form – Medical and Repatriation Claims

ส่วนที่ 1: รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย - Section 1: Policy/Claimant Details

กรมธรรม์เลขที่/ Policy Number. / -

วันคุ้มครอง/ Period of Insurance / / ถึง/To / /

ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย/Policyholder นาย(Mr.) นาง(Mrs.) นางสาว(Miss).....

อาชีพ/Occupation บัตรประชาชน/ ID Card บัตรข้าราชการ/Government Officer Card

อื่น ๆ ระบุ/Other, namely..... เลขที่ /ID Card No.

วันเดือนปี เกิด / Date of birth / /

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก /Contact Details: ที่ทำงาน /Office Tel..... ที่บ้าน/ Home Tel.....

มือถือ/ Mobile Phone..... โทรสาร/ Fax..... อีเมล/ E-mail.....

ส่วนที่ 2: รายละเอียดการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน - Section 2: Claim Details

วันเดือนปี ที่เกิดเหตุ / / เวลาประมาณ : น. สถานที่เกิดเหตุ.....

Date of Incident/Onset of Illness

Time of Incident

Place of Incident

ประเภทของการเรียกร้องค่าสินไหม/Type of Claim

- Personal Accident (Type M1)
- Medical Expenses – abroad (Type M2)
- Medical Expenses – in Thailand (Type M3)
- Dental Treatment (Type M4)
- Evacuation & Repatriation (Type M5)
- Medical Emergency Assistance (Type M6)
- Hospitalization Cash Benefit (Type M7)

วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและหรือวันที่พบหมอครั้งแรก/ Date of admission/first doctor's visit / /

กรณีที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ขอทราบวันที่ออกจากโรงพยาบาล/ In case of admission, date of discharge / /

บรรยายลักษณะของอาการเจ็บป่วย / การเกิดเหตุ โดยสังเขปได้ดังนี้

.....

.....

.....

.....

การวินิจฉัยโรค/ Diagnosis.....

มีอวัยวะส่วนใดบ้างที่ได้รับบาดเจ็บ พร้อมระบุว่า เคล็ด ถลอก แผล หัก ขาด



กรุณาระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมด ตามรายละเอียดข้างล่างนี้ / Total medical expenses as per below details

1. สถานพยาบาลชื่อ/ Hospital/Clinic วินิจฉัยว่าเป็น/ Diagnosis จำนวนเงิน Amount.....
2. สถานพยาบาลชื่อ/ Hospital/Clinic วินิจฉัยว่าเป็น/ Diagnosis จำนวนเงิน Amount.....

* ถ้ามีใบแจ้งค่ารักษาพยาบาลมากกว่า 2 ฉบับ โปรดแยกรายละเอียดค่าใช้จ่าย/If more than 2 bills, please list summary on separate sheet.

ส่วนที่ 3: ความประสงค์ของผู้เอาประกันภัย - Section 4: Reimbursement Details

ท่านมีความประสงค์ที่จะสอบถามขอขจัดความคุ้มครองของการเรียกร้องสินไหมครั้งนี้กับบริษัทประกันบริษัทอื่น หรือไม่

Did you, or do you plan to seek coverage for this claim at another insurance company?

ไม่/No ใช่/Yes ถ้าท่านตอบ "ใช่" กรุณาให้รายละเอียด / If yes, please specify.....

ข้าพเจ้าประสงค์เรียกร้องค่าสินไหมในครั้งนี้จำนวน

I would like to receive from Thaivivat Insurance Pcl the total amount of.....บาท โดย/ Baht, payment by

ขอให้โอนเงินเข้าบัญชีผ่านช่องทางธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใด ๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า)

Direct payment into the following account (bank charges to be paid by recipient)

ชื่อบัญชี/ Account name.....ประเภทบัญชี ออมทรัพย์/ Savings กระแสรายวัน /Current เลขที่ (No.).....

ชื่อธนาคาร/Bank nameสาขา /Branch..... จังหวัด/ Province

ขอติดต่อรับค่าสินไหมด้วยตนเองที่ บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) ที่ / Making the amount available by check at Thaivivat Insurance Pcl.

สำนักงานใหญ่/Head Office สาขา/ Branch.....

ขอให้ส่งผ่านช่องทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ ดังนี้ / Posting a check by registered mail to

ขอให้ส่งผ่านตัวแทน / นายหน้า ชื่อ /Deliver payment via agent / broker.....

ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้ ข้าพเจ้าในฐานะผู้เรียกร้องค่าเสียหายตามสัญญาประกันภัยขอให้ความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ณ ที่นี้ ต่อ บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) และผู้มีอำนาจกระทำการแทนบริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) รวมทั้ง แพทย์ สถานพยาบาล หรือบุคคลใด-ใดที่เกี่ยวข้องในการตรวจรักษา หรือพยาบาลในเรื่องใด-ใดก็ตาม ในอันที่จะให้, รับ และเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประวัติการรักษา ใบสั่งจ่ายยา วิธีให้การรักษาหรือ บันทึกรักษา ทางการแพทย์ของ แพทย์ โรงพยาบาล หรือ บุคคลใดที่ให้การตรวจรักษาหรือพยาบาลในเรื่องใด ๆ ก็ตาม ที่มีผลต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพทางจิตของ ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมว่า การถ่ายเอกสารหรือโทรสารเอกสารยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ฉบับนี้ มีผลใช้บังคับตามกฎหมาย เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับ
For proper evaluation of my claim, I herewith give permission to release all information and documents related to my past record of treatment by the doctors / hospitals to Thaivivat Insurance Public Co., Ltd. And Thaivivat's assigned representatives. A photocopy of this statement shall be valid as the original.

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นข้อมูลที่เป็นจริง และถูกต้องทุกประการ

I herewith confirm that, to my best knowledge, the information given above is true, accurate and complete.

ลงนาม ผู้เอาประกันภัย

Signature Insured

(.....)

..... / /