

**แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วย ACCIDENT / ILLNESS CLAIM FORM**
 ค่ารักษาพยาบาล  ค่าชดเชยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล  เสียชีวิต  ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง  สูญเสียอวัยวะ  อื่นๆ.....

1.	ชื่อนามสกุลผู้เอาประกันภัย Insured Name.....เพศ Sex <input type="checkbox"/> ชาย Male <input type="checkbox"/> หญิง Female อายุ Age .....ปี Yrs วันเดือนปีเกิด Date of Birth ...../...../.....หมายเลขบัตรประชาชน/หมายเลขหนังสือเดินทาง ID/Passport Number ..... กรมธรรม์เลขที่ Policy No.....ผู้ถือกรมธรรม์ Policy Holder.....โทรศัพท์ Telephone .....Email..... ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ Contact Address .....
2.	<b>กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ For Illness</b> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน (IPD) <input type="checkbox"/> อื่นๆ (Other)..... 2.1 ชื่อสถานพยาบาล Hospital Name..... วันที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก OPD Visit Date ...../...../..... วันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน Admission Date ...../...../..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล Discharge Date ...../...../..... 2.2 อาการเจ็บป่วย Symptoms..... วันที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย First date of symptoms ...../...../..... 2.3 ผลการวินิจฉัยของแพทย์ Diagnosis..... โรคประจำตัว Underlying diseases ..... เป็นตั้งแต่เมื่อไหร่ When did you know?..... รักษาที่ใด Where treatment? .....
3.	<b>กรณีอุบัติเหตุ/ อุบัติเหตุจลาจล/ ถูกทำร้ายร่างกาย/ จราจล/ ก่อการร้าย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ For Accident, Assault, Riot or Terrorism</b> 3.1 วันที่เกิดอุบัติเหตุ Accident Date ...../...../..... เวลา Time ..... สถานที่เกิดอุบัติเหตุ Place of accident..... 3.2 อธิบายรายละเอียดสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ Cause of accident, please description ..... 3.3 อวัยวะตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ และลักษณะบาดแผล Nature of wound and injured organs..... 3.4 ชื่อสถานพยาบาล Hospital Name..... วันที่รักษาแบบผู้ป่วยนอก OPD Visit Date ...../...../..... วันที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน Admission Date ...../...../..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล Discharge Date ...../...../..... 3.5 อุบัติเหตุครั้งนี้เคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่ Has this accident ever been preserved? <input type="checkbox"/> ไม่เคย No <input type="checkbox"/> เคย Yes รักษาที่ Where of treatment..... ..... เมื่อวันที่ Date of treatment ...../...../..... (โปรดแนบการรักษา Please, attached documents) 3.6 มีการแจ้งความหรือไม่ Alert the police <input type="checkbox"/> ไม่มี No <input type="checkbox"/> มี Yes สถานีตำรวจ Police Station.....วันที่ Date ...../...../..... 3.7 มีการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือดหรือไม่ Measure alcohol level <input type="checkbox"/> ไม่มี No <input type="checkbox"/> มี Yes ผลตรวจมีค่า Alcohol Level .....mg% (โปรดแนบผลการตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์ในเลือด Please, attached result)
4.	<b>กรณีที่เป็นสตรี ท่านมีการครรภ์หรือไม่ For female, are you pregnant?</b> <input type="checkbox"/> ไม่ No <input type="checkbox"/> ใช่ Yes อายุครรภ์ Gestational age.....สัปดาห์ Wks
5.	<b>ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย How to receive compensation</b> <input type="checkbox"/> เช็ค Cheque <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร Bank Transfer (หากมีค่าใช้จ่ายใดๆ ที่เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระผิดชอบของข้าพเจ้า If there are any charges, this is my responsibility.) ประเภทบัญชี Bank Account Type ..... ธนาคาร Bank Name ..... สาขา Branch ..... ชื่อบัญชี Account Name ..... เลขที่บัญชี Account No ..... *พร้อมกันนี้ให้สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ประเภทออมทรัพย์/ กระแสรายวัน/ เรียกเรียก ของผู้เอาประกันภัย* Copy of Passbook in Thailand
6.	<b>ข้าพเจ้าประสงค์ขอใบเสร็จต้นฉบับและใบรับรองแพทย์คืนเพื่อเบิกกับสวัสดิการอื่นๆ ที่อยู่จัดสงเอกสาร</b> <input type="checkbox"/> ที่อยู่ตามบัตรประชาชน <input type="checkbox"/> ที่อยู่ระบุในเอกสารนี้ A request for the return of the original receipt and a medical certificate for other benefits <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, Address.....

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งหมดเป็นความจริง และอนุญาตให้แพทย์โรงพยาบาล บริษัท ประกันภัยองค์กรสถาบันหรือบุคคลที่มีบันทึกประวัติการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของฉันเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดต่อ บริษัท อากเนย์ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้รับเงินสำเนาหนังสือยินยอมนี้ซึ่งถือว่าฉันผลบังคับใช้อย่างสมบูรณ์

- I hereby certify that all statements are true. And allow doctors, hospitals, insurance companies, organizations, institutions, or individuals. Save my history of illness or medical history. Disclose all facts to Southeast Insurance Public Company Limited or the payee. A copy of this consent is deemed to be fully effective.

**เฉพาะสมาชิกประกันกลุ่มที่ประสงค์ให้จ่ายสินไหมค่ารักษาพยาบาลให้กับนายจ้าง**

ข้าพเจ้าประสงค์ให้บริษัทจ่ายค่าสินไหมทดแทนจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยในครั้งนี้ให้แก่..... (“นายจ้าง”) เนื่องจากนายจ้างได้จ่ายค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวให้แก่ข้าพเจ้าเรียบร้อยแล้ว โดยให้นายจ้างสามารถติดต่อบริษัทในนามของนายจ้างได้โดยตรง และข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ที่จะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้นับกับบริษัทอีกต่อไป

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย  
 \*\*กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมกับเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง\*\*

ลงชื่อ Sign .....ผู้เอาประกันภัย Insured name  
 (.....)  
 วันที่ Date...../...../.....

ลงชื่อ Sign .....ผู้กระทำการแทน Authorized representative  
 (.....)  
 วันที่ Date...../...../.....

โปรดระบุความสัมพันธ์ Please specify relationship .....