

**บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลวที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27  
 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310  
 โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159  
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

**ใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน**

ค่ารักษาพยาบาล  ค่าชดเชยรายวัน  อุบัติเหตุ  ทุพพลภาพ  โรคร้ายแรง  อื่น ๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_

1. ชื่อ - สกุลผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี เลขที่บัตรประชาชน \_\_\_\_\_  
 ที่อยู่ปัจจุบัน \_\_\_\_\_  
 เบอร์โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์บ้าน \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_  
 ชื่อ-ที่อยู่ สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_  
 อาชีพปัจจุบันและหน้าที่รับผิดชอบ \_\_\_\_\_

2. กรมธรรม์เลขที่ \_\_\_\_\_ ใบรับรองการประกันเลขที่ (ถ้ามี) \_\_\_\_\_  
 กรมธรรม์บริษัทประกันอื่น  ไม่มี  มี บริษัท \_\_\_\_\_ กรมธรรม์เลขที่ \_\_\_\_\_

3. รายละเอียดของการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน:  
 การป่วย: อาการ \_\_\_\_\_ วันที่เริ่มมีอาการ \_\_\_\_\_  
 สถานพยาบาลที่รักษาก่อนการรักษาค้างนี้ \_\_\_\_\_ วันที่รักษา \_\_\_\_\_  
 อุบัติเหตุ: วันที่เกิดเหตุ \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ สถานที่เกิดเหตุ \_\_\_\_\_  
 สาเหตุของการบาดเจ็บ \_\_\_\_\_  
 การแจ้งความ  ไม่มี  มี ระบุสถานที่ \_\_\_\_\_ (โปรดแนบสำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ)  
 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และทราบว่า หากกรอกข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องในการเรียกร้องค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้  
 ค่าขอฉบับนี้ทำขึ้น ณ บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_  
 อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ เมื่อวันที่ \_\_\_\_\_

4. วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน  โอนเข้าบัญชีธนาคาร (แนบสำเนาสมุดบัญชีธนาคาร)  โอนผ่านระบบพร้อมเพย์ด้วยเลขประจำตัวประชาชน (Prompt Pay ID)

**หนังสือให้ความยินยอม**

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) บริษัทประกันภัยต่อ รวมถึงให้ความยินยอมสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าระหว่างบริษัท ฯ กับตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท ฯ หรือผู้แทนของบริษัท ฯ หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ฯ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท ฯ บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท ฯ หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัท ฯ ตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ฯ ทุกประการ

**หมายเหตุ:** กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้ให้ความยินยอม: \_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_ พยาน: \_\_\_\_\_ พยาน: \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

**รายงานแพทย์ สำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Medical report for OPD)**

1. Physician's name: \_\_\_\_\_ Medical specialty: \_\_\_\_\_ License No: \_\_\_\_\_  
 2. Visit date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ HN: \_\_\_\_\_ VN: \_\_\_\_\_  
 3. Vital signed: T: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ BP: \_\_\_\_\_ Body weight: \_\_\_\_\_ kgs. Height: \_\_\_\_\_ cms  
 4. Chief complaint/duration: \_\_\_\_\_  
 5. Present illness or cause of injury: \_\_\_\_\_  
 6. Previous treatment for this illness or injury (Date & Place): \_\_\_\_\_  
 7. The illness directly related to an accident  No  Yes, Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
 8. The illness or injury influenced by alcohol or drug addict: \_\_\_\_\_  
 9. The illness related to congenital or mental problem or genetic disease  No  Yes, specify: \_\_\_\_\_  
 10. Underlying condition: \_\_\_\_\_  
 11. Treatment: \_\_\_\_\_

รายงานแพทย์ สำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (Medical report for IPD)

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name  Age:  Years Sex:  Male  Female  
 ID No.  H.N. #  A.N. #  X.N.#   
 Date admitted  Time  Date discharged  Time

1. CHIEF COMPLAINT:

2. FOR ILLNESS

A. How long had the patient experienced the symptoms?  days / weeks / years.  
 B. How Long do you feel that symptoms existed prior to this consultation?  days / weeks / years.  
 C. Did you advise the patient to be admitted to the hospital? No Yes  
 Indication for admission

3. FOR ACCIDENT

A. Date & Time of accident : Date:  Time:   
 B. Cause of accident:   
 C. Was the patient under the influence of alcohol of drug at the time of arrival to the hospital? No Yes

4. Date first saw the patient for this illness / injury:

5. (a) Present illness / Details of injury:   
 (b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs):

6. (a) Pertinent lab / Investigations:   
 (b) HIV Test:  Yes, result  No

7. Diagnosis (including principle / underlying condition / complication)

1  ICD 10      2  ICD 10       
 3  ICD 10      4  ICD 10

8. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.):

(b) Operation:  ICD 9      Pathology report:   
 (c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion.  No  Yes, please give detail

9. (a) Result of Treatment:  Good  Fair  Poor

(b) Possibility of recurrence?  No  Yes  
 10. (a) Date of the last treatment: / Follow up:

(b) The patient's symptoms at the time of your last consultations / examination?

11. Was the patient referred to you by other physician(s)?  No  Yes  
 Doctor:  Clinic / Hospital:

12. Was the injury / illness contributed to or influenced by any of the following (eg. Pre-existing weakness or extended period of disability?)

(a) Physical defects / congenital anomaly  No  Yes  
 (b) Unfavorable past medical history  No  Yes  
 (c) Degenerative change(s)  No  Yes  
 (d) A family history that increased the probability or severity of this disease  No  Yes  
 (e) Doctor's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increase risk?  No  Yes  
 (f) Alcohol or drugs  No  Yes  
 If the answer is "Yes", please specify

13. Other past medical history:

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor / Hospital's Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

14. FOR FEMALE: Was the patient pregnant at the time of treatment.  No  Yes  weeks (LMP: )  
 Was the treatment related to infertility?  No  Yes

15. Other comments about the injury / illness

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 physician  Specialty  License No.   
 Hospital Name  Address  Tel. No.   
 Signature  Date

**ข้อควรทราบ**  
 ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาการแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 12 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง