



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ ราม 9 ชั้น 1, 22-27  
ถนนพหลโยธิน 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310  
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376  
www.krungthai-axa.co.th



สแกนเพื่อเช็ครายชื่อเอกสาร  
ประกอบการเรียกร้องสินไหม

ใบเรียกร้อง  
ค่าสินไหมทดแทน

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่  -

สำหรับผู้เอาประกันภัย ■ ค่ารักษาพยาบาล ■ ค่าชดเชยรายวัน ■ อุบัติเหตุ ■ ทูพลภาพ ■ โรคภัยแรง ■ อื่น ๆ โปรดระบุ

1. ชื่อ - สกุลผู้เอาประกันภัย  เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ  ปี เลขที่บัตรประชาชน   
ที่อยู่ปัจจุบัน   
อาชีพปัจจุบัน  ชื่อ-ที่อยู่ สถานที่ทำงาน   
อีเมล  โทรศัพท์บ้าน  โทรศัพท์มือถือ

2. มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่น ๆ หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี บริษัท  กรมธรรม์เลขที่  ใบรับรองการประกันเลขที่ (ถ้ามี)

3. รายละเอียดของการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน  
☐ การป่วย: อาการ  วันที่เริ่มมีอาการ   
สถานพยาบาลที่รักษาการรักษารั้งนี้  วันที่รักษา   
☐ อุบัติเหตุ: วันที่เกิดเหตุ  เวลา  สถานที่เกิดเหตุ   
สาเหตุของการบาดเจ็บ   
การแจ้งความ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุสถานที่  (โปรดแนบสำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ)  
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริง  
ทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และทราบดีว่าหากกรอกข้อความไม่ตรงกับความจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องใน  
การเรียกค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้  
คำขอฉบับนี้ทำขึ้น ณ บ้านเลขที่  เมื่อวันที่

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

#### หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอให้อและยินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของ  
ข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคตเปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
บริษัทประกันภัยต่อ รวมถึงให้ความยินยอมสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าระหว่างบริษัทฯ กับตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ  
หรือผู้แทนของบริษัทฯหรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย  
ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัท ฯ จะดำเนินการกับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติตามข้อผูกพันที่มีตามกรมธรรม์และการให้บริการของบริษัทฯ และ  
ทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและสิทธิในฐานะเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ปรากฏใน  
นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว ดังรายละเอียดที่ระบุไว้ในเว็บไซต์ของบริษัทฯ <https://www.krungthai-axa.co.th/th/Privacy-Policy>  
อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ตาม  
เอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าการปฏิบัติตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ  
หมายเหตุ: กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ลายมือชื่อ  ลายมือชื่อ  ลายมือชื่อ   
() () ()  
☐ บิดา ☐ มารดา ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ พยาน พยาน  
กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ หากลงนามด้วยตัวเอง  
กรุณาให้บิดา/มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เยาว์ลงนามร่วม วันที่

#### สำหรับแพทย์ผู้รักษา : รายงานแพทย์ กรณีการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (Medical report for OPD)

Patient's Name  Age:  years  Sex: ☐ Male ☐ Female  
Visit date:  Time:  HN:  /N:   
Vital sign T:  P:  R:  BP:  Body weight:  kgs. Height:  cms  
Chief complaint/duration:   
Present illness or cause of injury:   
Previous treatment for this illness or injury (Date & Place):   
The illness directly related to an accident ☐ No ☐ Yes, Date:  Time:   
The illness or injury influenced by alcohol or drug addict:   
The illness related to congenital or mental problem or genetic disease ☐ No ☐ Yes, specify:   
Underlying condition:   
Treatment:

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.

I have been informed that KTAAXA will process my personal data for the performance of obligations imposed by the policy and related service, and have also been informed of the detail about personal data processing and my privacy rights (Data subject's rights) according to data protection law and KTAAXA's privacy policy. Please further read Privacy Policy at <https://www.krungthai-axa.co.th/th/Privacy-Policy>.

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

ข้อควรทราบ  
ผู้ใดในการประกอบการงานในวิชาชีพ กฎหมาย บัญชีหรือวิชาชีพอื่นใด ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ  
ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งยังต้องชดเชยค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกด้วย



สำหรับแพทย์ผู้รักษา : รายงานแพทย์ กรณีการรักษาแบบผู้ป่วยใน (Medical report for IPD)

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name  Age:  years Sex: ☐ Male ☐ Female  
 ID No.  HN:  AN:  VN:   
 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 / 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"/>     |

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.

I have been informed that KTAAXA will process my personal data for the performance of obligations imposed by the policy and related service, and have also been informed of the detail about personal data processing and my privacy rights (Data subject's rights) according to data protection law and KTAAXA's privacy policy. Please further read Privacy Policy at <https://www.krungthai-axa.co.th/th/Privacy-Policy>.

Name of physician  Specialty  License No.

Hospital Name  Address  Tel. No.

Signature  Date

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบกิจการในวิชาชีพ กฎหมาย บัญชีหรือวิชาชีพอื่นใด ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจะต้องชดเชยค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกด้วย

