

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

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27  
 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310  
 โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159  
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

**เอกสารประกอบ  
การเรียกร้องสินไหม**

โปรดนำส่งเอกสารตามแนบเครื่องหมายในช่องเอกสาร พร้อมใบเรียกร้องค่าสินไหมฉบับนี้ กรณีที่แนบเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาสินไหม  
 ในการพิจารณาสินไหมหลังจากได้รับเอกสารครบถ้วน

เอกสารที่ต้องการ	กรณี โรคร้ายแรง	กรณี ทุพพลภาพ สิ้นเชิงถาวร	ค่าสินไหมทดแทน เพิ่มเติมอุบัติเหตุ และ การสูญเสียอวัยวะ	ผลประโยชน์ ค่ารักษาพยาบาล	ผลประโยชน์ ค่าชดเชยรายวัน
1. ใบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (ฟอร์มบริษัท) - สำหรับผู้เอาประกัน - ใบรายงานแพทย์ตรวจรักษา (ด้านหลังใบเรียกร้องสินไหม) หรือ แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทน จากสถานพยาบาล	✓	✓	✓	✓	✓
2. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับของสถานพยาบาล และ ใบแจกแจงรายละเอียดค่ารักษาพยาบาล	✗	✗	✓	✓	✓
3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย หรือ(กรณีผู้เยาว์)แนบของผู้ถือกรมธรรม์ (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย)	✓	✓	✓	✓	✓
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน (รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย)	✓	✓	✓	**	**
5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรกของผู้เอาประกัน	✓	✓	✓	✓	✓
6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ผลเอกซเรย์/ ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์(CT Scan) ผลเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า(MRI)/ ผลการตรวจชิ้นเนื้อ / ผลทางพยาธิวิทยา	✓	✗	✗	✓	*
7. ประวัติการรักษาหรือเอกสารทางการแพทย์ ที่จำเป็นต่อการพิจารณาแต่ละโรค	✓	✓	*	*	*
8. รูปถ่าย / ผลอ่านฟิล์ม X-ray / CT / MRI	*	✓	✓	✗	✗
9. รายงานแพทย์รับรองความทุพพลภาพจาก แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เช่น ตรวจตา (ออกโดยจักษุแพทย์)	*	✓	✓	✗	✗
10. บันทึกประจำวันขณะเกิดเหตุ (ข้อไป-ข้อกลับ)	*	*	*	*	*
11. หนังสือมอบอำนาจในการเปิดเผยประวัติ การตรวจรักษา (ฟอร์มบริษัท)	✓	✓	✓	✓	✓
12. ใบสั่งยาต้นฉบับ หรือกรณีใช้สำเนาต้องมีข้อความ ระบุว่าให้ชื่อยาเอง และลงนามรับรองโดยแพทย์ หรือเภสัชกรเท่านั้น ***ใบสั่งยาเฉพาะแผนสุขภาพที่ร่วมรายการ***	✗	✗	✗	✓ <small>(เฉพาะการชื้อยา จากใบแพทย์สั่ง ออกโดยสถานพยาบาล)</small>	✗
13. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับจากร้านยา โดยจะต้องมีข้อมูล 1) ชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ ของสถานพยาบาลหรือร้านยา 2) ชื่อ-สกุล ของผู้เอาประกันภัย 3) วันที่ใช้บริการ 4) รายละเอียดราคาค่าใช้จ่าย 5) ชื่อ-สกุล และเลขที่ใบประกอบวิชาชีพ (ถ้ามี) ของแพทย์หรือเภสัชกร ***ใบเสร็จรับเงินจากร้านยาเฉพาะแผนสุขภาพที่ร่วมรายการ***	✗	✗	✗	✓	✗

✓ จำเป็นต้องใช้ประกอบการพิจารณา  
\* ใช้ประกอบการพิจารณาในบางกรณี

✗ ไม่จำเป็นต้องนำส่ง  
\*\* จำเป็นเฉพาะกรณีผู้เยาว์

