



## รายการที่ต้องนำส่งในการเรียกرسومใหม่ค่ารักษาพยาบาล (HS Check List)

ตัวจริง / สำเนา

- แบบฟอร์มการเรียกرسومใหม่ค่ารักษาพยาบาล(HS) และลงนามในช่องผู้เอาประกันภัย
- ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษาตามแบบฟอร์มของบริษัท
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ พร้อมรายละเอียดรายการค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล
- สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจกรณีอุบัติเหตุ (ถ้ามี)
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- หลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อ นามสกุล ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)
- เอกสารทางการแพทย์อื่นๆ (ถ้ามี)
- หนังสืออนุญาตให้เปิดเผยรายละเอียดการรักษาพยาบาล
- สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง หากเลือกรับเงินสินไหมโดยการโอนเงิน

หมายเหตุ : บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

### ข้อแนะนำ

- 1.เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนาจะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย
- 2.ผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเรียกرسومใหม่ทดแทนในตำแหน่งลายเซ็นผู้เอาประกันภัยในกรณีผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือพร้อมทั้งระบุว่าเป็นนิ้วหัวแม่มือข้างไหนของผู้เอาประกันภัย พร้อมทั้งมีพยานเซ็นรับรอง 2 ท่าน
- 3.หากปรากฏว่า ชื่อ หรือนามสกุลของผู้เอาประกันในเอกสารประกอบการเรียกرسومใหม่ทดแทนไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ต้องส่งหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลของทางราชการประกอบการพิจารณา
- 4.กรณีเบิกจากบริษัทประกันร่วม ต้นสังกัด หรือสวัสดิการอื่น ขอให้จัดส่งใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่ประทับตราต้นสังกัดพร้อมทั้งแนบรายการหรือใบแสดงรายการที่สวัสดิการอื่นๆได้จ่ายเงินแล้วประกอบทุกครั้ง ซึ่งบริษัทจะพิจารณาจ่ายเพิ่มเติมเฉพาะส่วนของผลต่างที่อยู่ภายใต้ผลประโยชน์ที่ได้ชื่อไว้ในกรมธรรม์
- 5.ระยะเวลาการพิจารณาสินไหม ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง แต่หากมีเหตุอันสมควรสงสัยว่าการเรียกرسومเพื่อให้ชดเชยสินไหมตามกรมธรรม์ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ ระยะเวลาที่กำหนดไว้อาจขยายออกไปได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

### ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร

บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) (ฝ่ายสินไหม)

สำนักงานใหญ่ เลขที่ 175 อาคารสารชิตี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1, 2/1ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120



บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารคดี ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120  
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120  
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881  
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

## แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาล

### ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้อง

กรมธรรม์เลขที่ .....

- ชื่อ-สกุล.....อายุ (ปัจจุบัน).....ปี เลขที่บัตรประชาชน .....
- ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....
- สถานที่ทำงาน.....โทรศัพท์.....
- อาชีพ/ลักษณะงาน.....
- มีประกันกับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อและเลขที่กรมธรรม์).....
- กรณีเจ็บป่วย: อาการเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย.....
- ระยะเวลาของอาการก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้.....
- ชื่อสถานพยาบาลที่เข้าไปรับการรักษาก่อนการรักษาครั้งนี้.....วันที่เข้ารับการรักษา.....
- กรณีอุบัติเหตุ วันที่เกิดอุบัติเหตุ.....เวลา.....สถานที่เกิดเหตุ.....
- โปรดระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด.....
- ลักษณะบาดแผล ขนาดและตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....
- ชื่อ/ที่อยู่ ผู้เห็นเหตุการณ์.....มีการแจ้งความหรือไม่, ที่ใด.....
- ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา.....
- แพทย์ผู้รักษา.....
- วิธีการรักษา.....
- อาการปัจจุบัน.....
- ข้าพเจ้าขอรับเงินสินไหม  โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....เลขบัญชี.....(แนบสมุดบัญชี)
- เช็คเข้าบัญชี นำส่งที่อยู่..... (ต้องมีผู้เซ็นรับเอกสารกับบุรุษไปรษณีย์)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และทราบดีว่าหากกรอกข้อความไม่ตรงต่อความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วนอาจเป็นผลเสียต่อการเรียกร้องค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ หรือเปิดเผยประวัติสุขภาพ ให้แก่ บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการจ่ายสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ได้

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน  
(.....) ตัวบรรจง

วันที่.....

ความสัมพันธ.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันไม่อยู่ในฐานะเรียกร้องได้)



บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารขันธ์ ทวาเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120  
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120  
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881  
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

ส่วนที่ 2 รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา

Patient's name.....	Hospital's name.....
ID Card Number.....	H.N.#..... A.N.#.....
Age: .....yrs Sex: .....	Admit Date & time .....D/C Date & time .....

<b>For Illness</b> a. How long had the patient experienced the symptoms? .....	<b>For Accident</b> a. Date & time of accident? .....
b. How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation? .....	b. Cause of accident? .....

<b>Chief Complaint and duration of symptoms:</b> ..... .....	Date first saw the patient for this illness/ injury: ..... Present Illness/Details of Injury: ..... Pertinent clinical findings: .....
--	--

1. Did you advise the patient to be admitted to the hospital?  No  Yes,  
indication:.....

2. Did the patient refer to you by other physician(s)?  No  Yes, Doctor's Name: .....Hospital.....

3. Investigation Lab:.....  
.....  
X-ray: .....  
Others: ..... HIV Test  Not Done  Done, Result

4. a) Treatment Medicine: .....  
Surgery/Operation: ..... ICD 9-CM or 10TM: ..... Performed Date .....

Pathology Report: .....

Surgeon's Name: ..... Specialty ..... Performed Date .....

b) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion:  No  Yes, Specify .....

5. **Diagnosis** 1 ..... ICD 10 ..... 2 ..... ICD 10 .....  
3 ..... ICD 10 ..... 4 ..... ICD 10 .....

6. (a) Result of Treatment:  Good  Fair  Poor (b) Possibility of recurrence ?  No  Yes

7. (a) Date of the last treatment / Follow up: .....  
(b) The patient's symptoms at the time of your last consultations / examination? .....

8. Was the injury / illness contributed to or influenced by any of the following

a) Physical defects/congenital anomaly  No  Yes b) Unfavorable past medical history  No  Yes

c) Alcohol or drugs  No  Yes, specify..... d) Degenerative changes (s)  No  Yes

e) A family history that increased the probability or severity of this disease  No  Yes

f) Doctor's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increased risk  No  Yes

9. For Female: a) Was the patient pregnant at the time of treatment?  No  Yes, specify..... Weeks/month  
b) Was the treatment related to infertility?  No  Yes, specify .....

10. Other past medical history

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor/Hospital's Name

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.....  
(.....) Date ..... Tel No.....



บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
Advance Life Assurance Public Company Limited

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสาทรซิตี้ ทาวเวอร์ ชั้น 1/1 และ 2/1 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120  
Head Office : 175 Sathorn City Tower 1/1 and 2/1 Floor, South Sathorn Road, Thungmahamek, Sathorn, Bangkok 10120  
Call Center 02 648 3600 Fax. 02 648 3555 www.alife.co.th Latitude : 13.721747, 100.531881  
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Registration No. / Tax ID No. 0107555000465

### หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

ทำที่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี  
(เป็นผู้ปกครองโดยชอบธรรมของ ค.ช./ค.ญ. \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี)  
อยู่บ้านเลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_  
ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_ อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_  
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ \_\_\_\_\_ บัตรข้าราชการเลขที่ \_\_\_\_\_  
บัตรผู้ป่วยเลขที่ \_\_\_\_\_ โรงพยาบาล/คลินิก \_\_\_\_\_  
บัตรผู้ป่วยเลขที่ \_\_\_\_\_ โรงพยาบาล/คลินิก \_\_\_\_\_  
บัตรผู้ป่วยเลขที่ \_\_\_\_\_ โรงพยาบาล/คลินิก \_\_\_\_\_

ในฐานะที่เป็นผู้ขอเอาประกันภัยของ บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ขอให้  
ความยินยอมเป็นหลักฐานไว้กับโรงพยาบาล / คลินิก / สถาบัน / บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกเรื่องราวของข้าพเจ้า  
หรือประวัติสุขภาพ / การเจ็บป่วยของข้าพเจ้าที่ผ่านมา เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่ บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์  
ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินสินไหมทดแทน  
ตามกรมธรรม์ได้

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

อนึ่ง สำเนาหนังสือฉบับนี้ ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ให้ความยินยอม

( \_\_\_\_\_ )

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน

( \_\_\_\_\_ )

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน

( \_\_\_\_\_ )

หมายเหตุ ถ้าผู้ให้ความยินยอมเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ

(ระบุด้วยว่าเป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้พยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน

หนังสือฉบับนี้เป็นสิทธิ์ของแผนกพิจารณารับประกันภัย บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ใช้ได้เฉพาะผู้ที่  
ได้รับมอบอำนาจจากทางบริษัท ห้ามมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดใช้ หรือลอกเลียนแบบ