



Check List รายการที่ต้องนำส่งในกรณีเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลสัญญาเพิ่มเติมเอชเอส (HS)

ตัวจริง / สำเนา

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหม |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | ใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษาตามแบบฟอร์มของบริษัท |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ พร้อมรายละเอียดรายการค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | สำเนาบันทึกประจำวันตำรวจกรณีอุบัติเหตุ (ถ้ามี) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อ นามสกุล ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี) |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | เอกสารทางการแพทย์อื่นๆ (ถ้ามี) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | หนังสืออนุญาตหรือยินยอมให้เปิดเผยรายละเอียดประวัติการรักษาพยาบาล |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | สำเนานำสมุดบัญชีธนาคาร ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องหากเลือกรับเงินสินไหมโดยการโอนเงิน |

หมายเหตุ : บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

ข้อแนะนำ

- เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนาจะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย
- ผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนในตำแหน่งลายเซ็นที่ผู้เอาประกันภัยในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือพร้อมทั้งระบุว่าเป็นนิ้วหัวแม่มือข้างไหนของผู้เอาประกันภัย พร้อมทั้งมีพยานเซ็นรับรอง 2 ท่าน
- หากปรากฏว่า ชื่อ หรือนามสกุลของผู้เอาประกันในเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ต้องส่งหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลของทางราชการประกอบการพิจารณา
- กรณีเบิกจากบริษัทประกันร่วม ต้นสังกัด หรือสวัสดิการอื่น ขอให้จัดส่งใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่ประทับตราต้นสังกัดพร้อมทั้งแนบรายการหรือใบแสดงรายการที่สวัสดิการอื่นๆได้จ่ายเงินแล้วประกอบทุกครั้ง ซึ่งบริษัทจะพิจารณาจ่ายเพิ่มเฉพาะส่วนของผลต่างที่อยู่ภายใต้ผลประโยชน์ที่ได้ซื้อไว้ในกรมธรรม์
- ระยะเวลาการพิจารณาสินไหม ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง แต่หากมีเหตุอันสมควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้ชดใช้สินไหมตามกรมธรรม์ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ ระยะเวลาที่กำหนดไว้อาจขยายออกไปได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร

บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) (ฝ่ายสินไหม)

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



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลสัญญาเพิ่มเติมเฮลธ์ (HS)

ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้อง (เพื่อเป็นการรักษาผลประโยชน์ของท่านกรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วนสมบูรณ์)

- ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย..... กรมธรรม์เลขที่ Individual Insurance Group Insurance
เพศ () ชาย () หญิง อายุ..... ปี () บัตรประชาชน () ใบขับขี่ () บัตรประจำตัวข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เลขที่.....
ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์..... อีเมล.....
สถานที่ทำงาน โทรศัพท์..... อาชีพ/ลักษณะงาน.....
มีประกันกับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ (ถ้ามีโปรดระบุชื่อและเลขที่กรมธรรม์).....
- กรณีเจ็บป่วย: อาการเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย
ระยะเวลาของอาการก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้
ชื่อสถานพยาบาลที่เข้าไปรับการรักษาก่อนการรักษาครั้งนี้ วันที่เข้ารับการรักษา.....
- กรณีอุบัติเหตุ: วันที่เกิดอุบัติเหตุ เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ.....
โปรดระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด
ลักษณะบาดแผล ขนาดและตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ
ชื่อ/ที่อยู่ ผู้เห็นเหตุการณ์ มีการแจ้งความหรือไม่, ที่ใด.....
สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้เคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่ ไม่เคยรักษาที่ใด เคยรักษาที่ เมื่อ :
- ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา แพทย์ผู้รักษา
วิธีการรักษาที่ได้รับ
- สำหรับการเจ็บป่วยหรือกรณีอุบัติเหตุครั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาล ชำระเงินเอง ใช้สิทธิค่ารักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้ว เป็นเงิน บาท
- ข้าพเจ้าขอรับเงินสินไหม โอนเข้าบัญชีธนาคาร เลขที่บัญชี..... (พร้อมแนบสมุดบัญชี)
 ขอรับเป็นเช็ค นำส่งที่อยู่ (ต้องมีผู้เซ็นรับเอกสารกับนุรุษไปรษณีย์)

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า แบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้ตกลงและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และทราบดีว่า หากกรอกข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องในการเรียกร้องค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนิน การใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้า ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีเรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถาน พยาบาลโดยตรงเอง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สร้างองค์การจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ
หมายเหตุ :

* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ลงนามผู้เอาประกันภัย : วันที่ : พยาน : พยาน :
(.....) ความสัมพันธ์ : (.....) (.....)

ลงนามผู้ให้ความยินยอม : ในฐานะ บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
(.....)



ส่วนที่ 2 รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา

Part A

For Hospital	
Patient's name..... ID Card Number..... Age:yrs. Sex:	Hospital's name..... H.N. #..... A.N. #..... <input type="checkbox"/> IPD <input type="checkbox"/> Day Surgery <input type="checkbox"/> OPD
1. Visit / Admission date: Time: Vital signs: T: P: R: BP: 2. Chief complaint and duration: 3. Present illness or cause of injury: 4. Physical exam : 5. Previous treatment for this illness or injury (Date & Place): 6. Is the illness related to : (please tick <input checked="" type="checkbox"/> if yes) <input type="checkbox"/> Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage <input type="checkbox"/> Congenital / Hereditary disease <input type="checkbox"/> Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder <input type="checkbox"/> Influence of Drugs / Alcohol <input type="checkbox"/> Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> An accident; Date of accident: Time: 7. Underlying condition: 8. Provisional diagnosis: AdjRW =..... 9. Can the condition be managed under Out Patient basis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No (If <u>No</u> please provide more information) 10. Reasons of admission 11. Plan of treatment	
Physician's name Medical license No. Specialty (.....) Date.	



Discharge Notification Form

Part B

Medical certification																
Patient's name..... ID Card Number..... Age:yrs. Sex:	Hospital's name..... H.N.#..... A.N.#..... Admit Date & timeD/C Date & time Consultation Date:															
1. For Illness a) Date you first saw this patient for this illness: b) Chief complaint and duration of symptom(s) :	2. For Injury a) Date of injury..... Time: b) Cause of injury..... c) Details of injury d) Did you smell alcohol from the patient? () No () Not known () Yes, blood alcohol test (if any) = mg% e) Level of consciousness () Normal () Confusion () Drowsiness () Semi-coma () Coma f) Estimated time for recovery															
3. Did the patient need to be admitted to hospital? () No () Yes, indication for admission.....																
4. Vital signs: T..... P..... R BP.....																
5. Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs)																
6. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.)																
7. HIV Test () No () Yes, Result: Date performed:																
8. Underlying disease:																
9. Diagnosis 1:ICD10-TM : Diagnosis 2:ICD10-TM : Diagnosis 3:ICD10-TM :																
10. Treatment:																
11. Surgery/Operation: ICD9-CM: Date performed: Anaesthesia Type: () General Anaesthesia () Spinal Anaesthesia () Local Anaesthesia () Others																
12. Pathological report :																
13. Complications (if any):																
14. Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? () No () Yes, please specify																
15. For Female: Is the patient pregnant? () No () Yes, gestational age weeks Was the treatment related to infertility? () No () Yes, please specify																
16. Has patient ever been treated by another doctor before? () No () Yes, please give name and address																
17. Was the illness/injury contributed to or influenced by any of the following a) Physical defects/congenital anomaly () No () Yes b) Degenerative change(s) () No () Yes																
18. Others past medical history																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">Date</th> <th style="width:30%;">Signs & Symptoms</th> <th style="width:20%;">Diagnosis</th> <th style="width:20%;">Treatment</th> <th style="width:15%;">Hospital</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Hospital										
Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Hospital												
19. Other comments about the injury / illness.....																
I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above. Physician's signature Medical specialty: Thai Medical license no: (.....) Tel no: Date: Medical institute: Address:																

Remark: Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Thai Medical Council



หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่ _____

วันที่ _____

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้า _____ อายุ _____ ปี

บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____

โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____

เลขประจำตัวประชาชน _____ หรือเลขหนังสือเดินทาง _____

กรุณาเลือกกรณีใดกรณีหนึ่ง

ในฐานะ ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ยประกัน หรือ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ทายาท ผู้อนุบาล/ผู้พิทักษ์ ผู้จัดการมรดก ผู้รับประโยชน์ ของ _____

บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____

บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____

บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล / คลินิก / สถาบัน / บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกประวัติสุขภาพ การป่วย การบาดเจ็บ ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาและภาพการแพทย์ หรือการตรวจทางการแพทย์อื่นๆ ของ _____ เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่ บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) หรือผู้รับมอบอำนาจของบริษัท ขอคัด หรือถ่ายเอกสารหรือขอคำรับรองประวัติการรักษา พยาบาลเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือพิจารณาขอใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิต หรือ เงินผลประโยชน์อันจะพึงจ่ายตามกรมธรรม์และยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพต่อ บริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันวินาศภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย โดยให้หนังสือฉบับนี้ มีผลใช้บังคับจนกว่าจะขอใช้เงินตามสัญญาประกันภัยฉบับนี้ให้ความยินยอมนี้แล้วเสร็จ

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับ

ต้นฉบับ

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม

(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน

(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน

(_____)

หมายเหตุ : ถ้าผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ (ระบุด้วยว่า เป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้พยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน

หนังสือฉบับนี้เป็นสิทธิ์ของแผนกพิจารณารับประกันภัยและสินไหม บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ใช้ได้เฉพาะผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากทางบริษัท ห้ามมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดใช้ หรือลอกเลียนแบบ