



**Check list รายการที่ต้องนำส่งในการเรียกร้องสินไหมสัญญาเพิ่มเติมค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (ME) หรือสินไหม
อุบัติเหตุส่วนบุคคลผลประโยชน์การรักษาพยาบาล (PAME)**

ตัวจริง / สำเนา

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- หรือ ใบรับรองแพทย์
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ พร้อมรายละเอียดรายการค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- หลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อ นามสกุล ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)
- รายงานบันทึกประจำวันตำรวจ (ถ้ามี)
- หนังสืออนุญาตให้เปิดเผยรายละเอียดประวัติการรักษาพยาบาล
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร ที่ลงนามรับรองสำเนาถูกต้องหากเลือกรับเงินสินไหมโดยการ โอนเงิน

หมายเหตุ : บริษัทสงวนสิทธิ์ในการเรียกเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้เพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณา

ข้อแนะนำ

1. เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนาจะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย
2. ผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนในตำแหน่งลายเซ็นผู้เอาประกันภัย ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือพร้อมทั้งระบุว่าเป็นนิ้วหัวแม่มือข้างไหนของผู้เอาประกันภัย พร้อมทั้งมีพยานเซ็นรับรอง2ท่าน
3. หากปรากฏว่า ชื่อ หรือนามสกุลของผู้เอาประกันในเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน ไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ต้องส่งหลักฐานการเปลี่ยนชื่อหรือนามสกุลของทางราชการประกอบการพิจารณา
4. กรณีเบิกจากบริษัทประกันร่วม ต้นสังกัด หรือสวัสดิการอื่น ขอให้จัดส่งใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่ประทับตราต้นสังกัดพร้อมทั้งแนบรายการ หรือใบแสดงรายการที่สวัสดิการอื่นๆได้จ่ายเงินแล้วประกอบทุกครั้ง ซึ่งบริษัทจะพิจารณาจ่ายเพิ่มเฉพาะส่วนของผลต่างที่อยู่ภายใต้ผลประโยชน์ที่ได้ซื้อไว้ในกรมธรรม์
5. ระยะเวลาการพิจารณาสินไหม ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง แต่หากมีเหตุอันสมควรสงสัยว่าการเรียกร้อง เพื่อให้خذใช้สินไหมตามกรมธรรม์ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครองในกรมธรรม์ ระยะเวลาที่กำหนดไว้อาจขยายออกไปได้ตามความจำเป็นแต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร

บริษัท แอ็ดวานซ์ ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (ฝ่ายสินไหม)

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



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ(ME) หรืออุบัติเหตุส่วนบุคคลผลประโยชน์การรักษาพยาบาล(PAME)

ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้อง (เพื่อเป็นการรักษาผลประโยชน์ของท่านกรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วนสมบูรณ์)

1. ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย..... กรมธรรม์เลขที่..... Individual Insurance Group Insurance
 เพศ () ชาย () หญิง อายุ..... ปี () บัตรประชาชน () ใบขับขี่ () บัตรประจำตัวข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เลขที่.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์..... อีเมล.....
 สถานที่ทำงาน โทรศัพท์..... อาชีพ/ลักษณะงาน.....
 ท่านมีประกันชีวิต / สุขภาพ / อุบัติเหตุ กับบริษัทประกันอื่นหรือไม่ (หากมีกรุณาระบุทุกกรมธรรม์)
 ข้าพเจ้าขอรับเงินสินไหม โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร..... เลขที่บัญชี..... (แบบสมุดบัญชี)
 รับเช็ค นำส่งที่อยู่..... (ต้องมีผู้เซ็นรับเอกสารกับบุรุษไปรษณีย์)

2. กรณีการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากอุบัติเหตุ / การถูกทำร้ายร่างกาย
 2.1 วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... น. สถานที่เกิดเหตุ.....
 2.2 อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุอย่างละเอียด)
 ชื่อ-สกุลผู้เห็นเหตุการณ์: ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
 2.3 ลักษณะการบาดเจ็บ.....
 อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ..... ตำแหน่งของบาดแผล.....
 2.4 อุบัติเหตุครั้งนี้มีการแจ้งความ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ เมื่อวันที่.....
 2.5 ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา..... H.N.#..... A.N.#.....
 แผนกที่ได้รับการรักษา..... ชื่อแพทย์ผู้รักษา.....
 การวินิจฉัยโรค..... วิธีการรักษา.....
 วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย..... รับการตรวจด้วยวิธีต่อไปนี้ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจเลือด () อื่น ๆ.....

3. รายละเอียดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 3.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารักษา..... วันที่ออกจากรพ.
 3.2 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล..... แผนกที่เข้ารับการรักษา.....
 3.3 แพทย์ได้แจ้งผลการวินิจฉัยให้ทราบหรือไม่ กรุณาระบุการวินิจฉัยโรค.....
 3.4 ได้รับการรักษาโดย () การใส่ยา () การผ่าตัด กรุณาระบุ.....
 3.5 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจเลือด () อื่น ๆ.....

4. สำหรับผู้เอาประกันภัยสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งนี้ ท่านตั้งครรภ์หรือไม่ () ไม่ใช่ () ใช่ อายุครรภ์.....สัปดาห์

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่า แบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และยอมรับว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และทราบดีว่า หากกรอกข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องในการเรียกร้องค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้า ขอให้ความยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะเกิดขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนิน การใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

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

กรณีนี้เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่ามอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำหรับหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่าผมบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ
 ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :
 * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
 ** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน
 ลงนามผู้เอาประกันภัย : วันที่(วัน/เดือน/ปี) : พยาน : พยาน :
 (.....) ความสัมพันธ์ : (.....) (.....)
 ลงนามผู้ให้ความยินยอม : ในฐานะ บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
 (.....)



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

สำนักงานใหญ่ : 175 อาคารสารขรรค์ 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

ส่วนที่ 2 รายงานแพทย์ผู้ทำการรักษา

Part A

For Hospital

Patient's name.....
ID Card Number.....
Age:yrs. Sex:

Hospital's name.....
H.N. #..... A.N. #.....
 IPD 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 if yes)

- Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage Congenital / Hereditary disease
- Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder Influence of Drugs / Alcohol
- Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction AIDS

An accident; Date of accident: Time:

7. Underlying condition:

8. Provisional diagnosis: AdjRW =.....

9. Can the condition be managed under Out Patient basis Yes No

(If No 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; margin-top: 5px;"> <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> <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 พยาบาลเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือพิจารณาชดใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิต หรือ เงินผลประโยชน์อันจะพึงจ่ายตามกรมธรรม์และยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพต่อ บริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันวินาศภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย โดยให้หนังสือฉบับนี้ มีผลใช้บังคับจนกว่าจะชดใช้เงินตามสัญญาประกันภัยฉบับนี้ให้ความยินยอมนี้แล้วเสร็จ

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