

แบบฟอร์มรายงานของแพทย์ผู้รักษา

Patient's Name/Surname.....		HN.....	AN.....
Age.....years	Sex ☐ Male ☐ Female	ID No.....	
Admission Date.....Time.....		Discharge Date.....Time.....	
For Illness:			
1. Date you first saw this patient for this illness:			
2. Chief complaint and duration of symptoms:			
3. In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness:			
For Accident :			
1. Date & time of accident.....		Date & time you first saw this patient.....	
2. Cause of accident, nature of wound, injured organs:			
3. Was the patient under the influence of alcohol or drugs at the time of arrival to the hospital?			
☐ No ☐ Yes, please give details		Blood alcohol test =mg%	
Patient Clinical findings (Symptoms & Signs):			
Underlying diseases :			
Did the patient need to be admitted to hospital? ☐ No ☐ Yes, please give the indication.....			
Expected Length of stay.....day(s)		For accident: Estimated time for recovery.....	
Investigation & Result:			
HIV test ☐ Not done ☐ Done		Result..... Date performed.....	
Are the investigations relevant to the diagnosis?		☐ No ☐ Yes	
Final	Diagnosis 1:	ICD-10 code.....	
	Diagnosis 2:	ICD-10 code.....	
	Diagnosis 3:	ICD-10 code.....	
Treatments given (such as number of stitches, medical given, physiotherapy,etc):			
Surgery /Operation: ICD -9CM or 10M.....			
Date of operation.....		Result / Complications:	
Pathology result.....			
Is the illness related to alcohol, drug, abuse or addiction?		☐ No ☐ Yes, please give details	
For female: Is the patient pregnant?		☐ No ☐ Yes Gestational ageWeeks	
Was the treatment related to pregnancy or treatment of infertility?		☐ No ☐ Yes.....	
Has the patient been treated by other doctor?		☐ No ☐ Yes, please give name and address	
To the best of your knowledge, please give details of all previous consultations for serious disorders for this patient.			
Date	Diagnosis	Treatment	Duration
Physician / Hospital Name			
Other comments:			
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.			
Signature		License number:	
()		Specialty:	
		Date.....	

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

กรุณากรอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์ โดยผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องที่มีส่วนได้เสียกับผู้เอาประกันภัยเท่านั้นพร้อมลงนาม

คำเตือน: การเรียกร้องผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ฯโดยทุจริตหรือแสดงหลักฐานเท็จหรือการดำเนินการใด ๆ อันเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการกระทำดังกล่าว มีโทษทั้งจำคุกไม่เกิน 3 ปี และหรือปรับไม่เกิน 300,000 บาท ตามมาตรา 114/4 แห่ง พรบ. ประกันชีวิต 2562

ชื่อผู้เอาประกันภัย	อายุ	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/Passport No.	กรมธรรม์เลขที่
ที่อยู่ปัจจุบัน และ หมายเลขโทรศัพท์			การเรียกร้องครั้งนี้เป็นการเรียกร้อง ☐ ครั้งแรก ☐ ต่อเนื่องครั้งที่.....
สถานที่ทำงาน..... ตำแหน่ง.....			
ลักษณะงาน/หน้าที่รับผิดชอบ.....			
ท่านได้ยื่นใบลากับนายจ้าง หรือผู้บังคับบัญชาหรือไม่ ☐ ไม่ได้ยื่น ☐ ยื่น เริ่มตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....			
รายละเอียดการเกิดทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ (กรณาระบุพอสังเขป)			
วันที่เริ่มสูญเสียอวัยวะ.....			
สาเหตุของการสูญเสียอวัยวะ ☐ อุบัติเหตุ ☐ เจ็บป่วย			
.....			
ส่วนของร่างกายที่มีการสูญเสียอวัยวะ (กรณาระบุอวัยวะ).....			
.....			

รายละเอียดการรักษาจากแพทย์

ชื่อแพทย์	ชื่อโรงพยาบาล / คลินิก	วันที่รักษา	การรักษา
.....			
.....			

ท่านมีสิทธิเรียกร้อง ☐ ไม่มี ☐ สิทธิกองทุนทดแทน ☐ สิทธิประกันสังคม ☐ สิทธิอื่นถ้ามี (ระบุ).....

ท่านได้รับค่าชดเชย ☐ ยังไม่ได้รับ ☐ ได้รับเมื่อวันที่

ถ้อยแถลงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและการขอความยินยอม

ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมรับทราบว่า บริษัทจะประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ เพื่อให้บริการสินไหมและการประกันชีวิต ตามรายละเอียดที่ระบุในนโยบายความเป็นส่วนตัว ส่วนตัวที่บริษัทประกาศใน <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> หรือ QR code นี้ พร้อมทั้ง รับรองและรับประกันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดที่ข้าพเจ้าเปิดเผยแก่บริษัทฯ เพื่อวัตถุประสงค์ที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและสมบูรณ์ รวมทั้ง ได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลให้บริษัทฯ ในการประมวลผล และได้แจ้งนโยบายความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของบริษัทฯ ให้กับบุคคลดังกล่าวแล้ว



ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม

☐ 1. ยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ รวมถึงข้อมูลอื่นใดที่มีความจำเป็นต่อการพิจารณาจ่ายสินไหม ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย หรือเพื่อเป็นการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการชดเชย

☐ 2. ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ รวมถึงข้อมูลอื่นใดที่มีความจำเป็นต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่ยินยอมหรือเพิกถอนความยินยอมข้อ 1 และ/หรือ 2 จะมีผลกระทบต่อกระบวนการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย และ รับทราบว่าความยินยอมจะมีผลจนกว่าข้าพเจ้าจะเพิกถอน หรือ ตราบเท่าที่กฎหมายอนุญาต ซึ่งหากขัดหรือแย้งกับกฎหมาย ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามขั้นตอนใหม่ที่บริษัทฯ จะได้แจ้งให้ทราบ

ผู้เอาประกันภัย/ ผู้ให้ความยินยอม :

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

(.....)

☐ บิดา / มารดา

วันที่.....

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

คำรับรองของฝ่ายบุคคล/ นายจ้าง

ข้าพเจ้าในฐานะฝ่ายบุคคล/ นายจ้าง ซึ่งได้ดำเนินการทำเรื่องเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้ ขอรับรองว่าการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ และการตอบคำถามใดๆ ในเอกสารนี้เป็นไปด้วยความถูกต้องตามข้อเท็จจริงที่ข้าพเจ้าได้รับรู้มา

ลงชื่อ

(.....)

ฝ่ายบุคคล/ นายจ้าง

วันที่.....



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

แบบฟอร์มรายงานโดยแพทย์ผู้รักษากรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

1. Claimant's Name..... Height..... cms. Weight..... kgs.
2. Has he/ she totally disabled and continuously prevented from performing any work or engaging in any/ occupation or profession for wages, compensation or profit?
.....
If so, on what date did such disability begin?
Is he/ she still so disability?
3. State briefly the causes of the disability suffered and describe its nature and severity.....
.....
.....
4. Are the symptoms progressed stable or improved?
5. Treatments rendered by you since.....
.....
Office treatments: Give dates.....
Home (or hospital) treatments: Give dates.....
Character of treatments.....
.....
.....
6. Is he/ she confined to bed?or house.....
If so, since when from.....
7. If not confined to bed or house: How does he/ she spend his/ her time?
.....
.....
8. Does his/ her disability render him/ her totally disabled or partially disabled?
.....
.....
9. In your opinion, could he/ she without injury to his/ her health resume any work for which he is fitted by nature, training of experience?
.....
If so, on what date was he/ she first able to resume such work.....
10. If he/ she is not continuously totally disabled how much longer approximately will such totally disability continue?
Prognosis
.....
.....
11. Please give additional information including neurological examinations, laboratory tests, X-rays, Wassermann, etc., that will able the Company to determine the merits of this claim.
.....
.....

Signature..... Specialty.....
(.....) License No.

Attending Physician

Hospital Name/ Official Stamp.....

Address.....
.....
.....

Tel..... Date.....



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

แบบฟอร์มรายงานการตรวจร่างกายผู้เอาประกันภัยโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย..... เพศ..... อายุ..... ปี HN..... วันที่พบแพทย์.....

ก) ประวัติการเจ็บป่วยโดยสรุป.....

การวินิจฉัยโรค.....

ข) การตรวจร่างกาย ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ และ เติมข้อความ

1. กำลังของกล้ามเนื้อ (Muscle Power) ของแขนขา โปรดระบุหมายเลข 0 – 5 (ไม่มีการเคลื่อนไหวได้เลย - มีกำลังปกติ)

การประเมินข้างซ้าย	มือ	0	1	2	3	4	5	แขน	0	1	2	3	4	5	ขา	0	1	2	3	4	5	เท้า	0	1	2	3	4	5
การประเมินข้างขวา	มือ	0	1	2	3	4	5	แขน	0	1	2	3	4	5	ขา	0	1	2	3	4	5	เท้า	0	1	2	3	4	5

2. ความเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle – Spasticity) ถ้ามี ระบุ มาก ปานกลาง น้อย

การประเมินข้างซ้าย	มือ	☐	ไม่มี	☐	มี.....	แขน	☐	ไม่มี	☐	มี.....
	ขา	☐	ไม่มี	☐	มี.....	เท้า	☐	ไม่มี	☐	มี.....
การประเมินข้างขวา	มือ	☐	ไม่มี	☐	มี.....	แขน	☐	ไม่มี	☐	มี.....
	ขา	☐	ไม่มี	☐	มี.....	เท้า	☐	ไม่มี	☐	มี.....

3. ไม่สามารถเคลื่อนไหวแขน ขา เนื่องจากสาเหตุอื่น ที่ไม่ใช่การอ่อนแรงจากสมอง หรืออัมพาต เช่น การยึดกันของกล้ามเนื้อ, ปัญหาที่เส้นเอ็น คือ

4. การลีบของกล้ามเนื้อ (Muscle atrophy) ถ้ามี ระบุ มาก ปานกลาง น้อย

การประเมินข้างซ้าย	มือ	☐	ไม่มี	☐	มี.....	แขน	☐	ไม่มี	☐	มี.....
	ขา	☐	ไม่มี	☐	มี.....	เท้า	☐	ไม่มี	☐	มี.....
การประเมินข้างขวา	มือ	☐	ไม่มี	☐	มี.....	แขน	☐	ไม่มี	☐	มี.....
	ขา	☐	ไม่มี	☐	มี.....	เท้า	☐	ไม่มี	☐	มี.....

5. การรับความรู้สึก (Sensory) ☐ ปกติ ☐ ไม่ปกติ เสียการรับความรู้สึกเจ็บ ที่ระดับ..... ถึง
☐ ไม่ปกติ เสียการรับความรู้สึกสัมผัส ที่ระดับ..... ถึง

6. Tendon Reflexes ของ แขน ขา

การประเมินข้างซ้าย ข้อมือ..... ข้อศอก..... ข้อเข่า..... ข้อเท้า.....
การประเมินข้างขวา ข้อมือ..... ข้อศอก..... ข้อเข่า..... ข้อเท้า.....

7. การพูด (Speech) ☐ ปกติ ☐ พูดได้ ฟัง ผู้อื่นพูดไม่ชัดเจน ☐ พูดไม่ได้ และฟังผู้อื่นพูดไม่เข้าใจ

☐ พูดได้แต่ไม่ชัดเจน (Dysarthria) ☐ ฟังผู้อื่นพูดเข้าใจแต่พูดไม่ได้ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

8. การเดิน (Gait) ☐ ปกติ ☐ เดินได้มีคนพยุงหรือเครื่องช่วยพยุงเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง

☐ เดินได้แต่เซเนื่องจาก Gait Ataxia ☐ เดินไม่ได้เลย ☐ อื่นๆ ระบุ.....

9. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

การรับประทานอาหาร	☐	ทำได้ดี	☐	ทำได้บ้าง	☐	ทำไม่ได้เลย
- การกลืนอาหารธรรมดา	☐	ดี	☐	ไม่ดี	☐	ไม่ได้
- การกลืนอาหารเหลว	☐	ดี	☐	ไม่ดี	☐	ไม่ได้
การแต่งตัว	☐	ทำได้ดี	☐	ทำได้บ้าง	☐	ทำไม่ได้เลย
การเข้าห้องน้ำ	☐	ทำได้ดี	☐	ทำได้บ้าง	☐	ทำไม่ได้เลย
การเข้าห้องน้ำ	☐	ทำได้ดี	☐	ทำได้บ้าง	☐	ทำไม่ได้เลย
การขับถ่ายปัสสาวะ	☐	ควบคุมได้	☐	ควบคุมได้บ้าง	☐	ควบคุมไม่ได้เลย
การขับถ่ายอุจจาระ	☐	ควบคุมได้	☐	ควบคุมได้บ้าง	☐	ควบคุมไม่ได้เลย

10. ความผิดปกติหรือพยาธิสภาพของระบบอวัยวะอื่นของร่างกาย (เช่น ศีรษะ ตา หู คอ จมูก ฯลฯ)

11. ความเห็นเกี่ยวกับสมรรถภาพการทำงานผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพการทำงานของร่างกายคิดเป็นร้อยละ ☐ แขน..... ☐ ขา.....

12. ปัจจุบันสามารถปฏิบัติอาชีพในหน้าที่เดิมได้หรือไม่ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้

ถ้าไม่ได้เนื่องจากผู้ป่วยต้องอยู่ ☐ กับบ้าน ตลอด ☐ บนเตียงตลอดเวลา ถ้าใช้เริ่มตั้งแต่.....ถึง.....

13. ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นคืนสภาพได้หรือไม่ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้

14. ความเห็นอื่นๆ.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....

(.....) ประจำโรงพยาบาล

วันที่..... ประทับตราสถานพยาบาล

แบบฟอร์มรายงานโดยจักษุแพทย์

ชื่อผู้ป่วย (Claimant's Name)..... อายุ (Age)..... ปี (Years)

ที่อยู่ (Address).....

วันที่ตรวจ (Eye Examination Date)..... โรงพยาบาล/ คลินิก (Name of Hospital).....

ประวัติการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยที่ตา (History of Eye Injury/ Illness).....

ผลของการตรวจตา (Eye Examination)

ตาขวา (Right Eye)

ตาซ้าย (Left Eye)

- | | | |
|------------------------------------|-------|-------|
| - ระดับสายตา (Visual Acuity) | | |
| - ส่วนหน้าของตา (Anterior Chamber) | | |
| - ประสาทตา (Optic Nerve) | | |
| - ความดันตา (Eye Pressure) | | |

การวินิจฉัย (Diagnosis).....

การรักษา (Treatments).....

การพยากรณ์โรค (Prognosis).....

การสูญเสียการมองเห็น (Visual Blindness)	☐	ตาขวา (Right Eye)	☐	ถาวร (Permanent)	☐	ชั่วคราว (Temporary)
	☐	ตาซ้าย (Left Eye)	☐	ถาวร (Permanent)	☐	ชั่วคราว (Temporary)

สาเหตุการสูญเสีย (Cause of Visual Blindness).....

ความเห็นเพิ่มเติม (Additional Comment).....

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 Ophthalmologist: Signature:.....

License No.: Specialty:.....

Name of Hospital/ Official Stamp: Tel.: Date:.....



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

แบบฟอร์มนำส่งการเรียกร้องสินไหมกรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/ สูญเสียอวัยวะ

ชื่อผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์เลขที่ ใบรับรองประกันภัยเลขที่

บริษัท

ผู้นำส่ง วันที่ โทรศัพท์

เอกสารในการเรียกร้องสินไหมกรณีทุพพลภาพ

- แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพ/ สูญเสียอวัยวะ
- แบบฟอร์มรายงานโดยแพทย์ผู้รักษากรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
- สำเนาประวัติการรักษาตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพถึงปัจจุบัน (OPD CARD)

นำส่ง

ไม่ได้นำส่ง

☐
☐
☐
☐
☐
☐

เอกสารนำส่งเพิ่มเติมในกรณีต่างๆ ดังนี้

1) กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

- ☐ แบบฟอร์มรายงานการตรวจร่างกายผู้เอาประกันภัยโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
- ☐ รูปถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัว)

☐
☐
☐
☐

2) กรณีสูญเสียสายตา

- ☐ แบบฟอร์มรายงานโดยจักษุแพทย์
- ☐ รูปถ่ายปัจจุบัน (หน้าตรง)

☐
☐
☐
☐

3) กรณีสูญเสียอวัยวะ

- ☐ फिल्मเอกซเรย์ หรือ สำเนาผลการอ่านฟิล์มเอกซเรย์
- ☐ รูปถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัวและเห็นอวัยวะนั้นๆ)

☐
☐
☐
☐

เอกสารสำคัญอื่นๆ ที่ต้องนำส่งแล้วแต่กรณี

- สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล ของผู้เอาประกันภัย กรณีที่ไม่ตรงตามที่ระบุในกรมธรรม์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
- สำเนาใบสมัครงาน บันทึกการลงเวลาทำงานตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพถึงปัจจุบัน และหลักฐานการรับหรือจ่ายเงินเดือน ในเดือนสุดท้ายที่มาปฏิบัติงาน รับรองสำเนาถูกต้องโดยฝ่ายบุคคล
- สำเนากារจ่ายค่าทดแทนของกองทุนเงินทดแทน

☐
☐
☐
☐
☐
☐

ส่วนนี้เฉพาะเจ้าหน้าที่บริษัท

บริษัทได้รับเอกสารดังกล่าวข้างต้นแล้ว และได้มีการตรวจสอบเอกสารที่ระบุมา ปรากฏว่า

☐ ครบถ้วน

☐ ไม่ครบ ขาดเอกสารดังนี้

ส่วนสินไหมประกันกลุ่ม วันที่