

แบบฟอร์มรายงานของแพทย์ผู้รักษา



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

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: การเรียกร้องผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ฯโดยทุจริตหรือแสดงหลักฐานเท็จหรือการดำเนินการใดๆอันเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการกระทำดังกล่าว มีโทษทั้งจำคุกไม่เกิน 3 ปี และหรือปรับไม่เกิน 300,000 บาท ตามมาตรา 114/4 แห่ง พรบ. ประกันชีวิต 2562

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

รายละเอียดการรักษาจากแพทย์

ชื่อแพทย์	ชื่อโรงพยาบาล / คลินิก	วันที่รักษา	การรักษา
.....

ท่านมีสิทธิเรียกร้อง ไม่มี สิทธิกองทุนทดแทน สิทธิประกันสังคม สิทธิอื่นใด (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 บริษัทประกันภัยอื่น 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 หรือเพื่อการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการชดเชย

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

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า หากข้าพเจ้าไม่ยินยอมหรือเพิกถอนความยินยอมข้อ 1 และ/หรือ 2 จะมีผลกระทบต่อพิจารณาปรับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย และ รับทราบว่าความยินยอมจะมีผลจนกว่าข้าพเจ้าจะเพิกถอน หรือ ตราบเท่าที่กฎหมายอนุญาต ซึ่งหากขัดหรือแย้งกับกฎหมาย ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามขั้นตอนใหม่ที่บริษัทฯ จะแจ้งให้ทราบ

ผู้เอาประกันภัย/ ผู้ให้ความยินยอม : ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
 (.....) บิดา/ มารดา
 วันที่..... ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

คำรับรองของฝ่ายบุคคล/ นายจ้าง

ข้าพเจ้าในฐานะฝ่ายบุคคล/ นายจ้าง ซึ่งได้ดำเนินการทำเรื่องเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้ ขอรับรองว่าการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ และการตอบคำถามใดๆ ในเอกสารนี้เป็นไปด้วยความถูกต้องตามข้อเท็จจริงที่ข้าพเจ้าได้รับรู้มา

ลงชื่อ
 (.....)
 ฝ่ายบุคคล/ นายจ้าง
 วันที่.....





แบบฟอร์มนำส่งการเรียกร้องสินไหมกรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/ สูญเสียอวัยวะ

ชื่อผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์เลขที่ ใบรับรองประกันภัยเลขที่

บริษัท

ผู้นำส่ง..... วันที่..... โทรศัพท์.....

เอกสารในการเรียกร้องสินไหมกรณีทุพพลภาพ

- | | นำส่ง | ไม่ได้นำส่ง |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนกรณีทุพพลภาพ/ สูญเสียอวัยวะ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. แบบฟอร์มรายงานโดยแพทย์ผู้รักษากรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. สำเนาประวัติการรักษาตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพถึงปัจจุบัน (OPD CARD) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

เอกสารนำส่งเพิ่มเติมในกรณีต่างๆ ดังนี้

1) กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> แบบฟอร์มรายงานการตรวจร่างกายผู้เอาประกันภัยโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> รูปถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัว) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2) กรณีสูญเสียสายตา

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> แบบฟอร์มรายงานโดยจักษุแพทย์ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> รูปถ่ายปัจจุบัน (หน้าตรง) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3) กรณีสูญเสียอวัยวะ

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> फिल्मเอกซเรย์ หรือ สำเนาผลการอ่านฟิล์มเอกซเรย์ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> รูปถ่ายปัจจุบัน (เต็มตัวและเห็นอวัยวะนั้นๆ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

เอกสารสำคัญอื่นๆ ที่ต้องนำส่งแล้วแต่กรณี

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล ของผู้เอาประกันภัย กรณีที่ไม่ตรงตามที่ระบุในกรมธรรม์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. สำเนาใบสมัครงาน บันทึกการลงเวลาทำงานตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพถึงปัจจุบัน และหลักฐานการรับหรือจ่ายเงินเดือน ในเดือนสุดท้ายที่มาปฏิบัติงาน รับรองสำเนาถูกต้องโดยฝ่ายบุคคล | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. สำเนากារจ่ายค่าทดแทนของกองทุนเงินทดแทน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ส่วนนี้เฉพาะเจ้าหน้าที่บริษัท

บริษัทได้รับเอกสารดังกล่าวข้างต้นแล้ว และได้มีการตรวจสอบเอกสารที่ระบุมา ปรากฏว่า

- ครบถ้วน
- ไม่ครบ ขาดเอกสารดังนี้

ส่วนสินไหมประกันกลุ่ม วันที่