

## ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน

# กรณีการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ

เตรียมเอกสาร ดังนี้

1. สำเนาใบมรณบัตร
2. สำเนาหนังสือรับรองการตาย หรือ ประวัติการรักษาพยาบาลย้อนหลังทั้งหมด
3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย ที่มีการจำหน่าย “ ตาย ”
5. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน (กรณีผู้รับประโยชน์บรรลุนิติภาวะ)
6. สำเนาสูติบัตร, สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์ / พร้อมสำเนาทะเบียนบ้าน และบัตรประชาชนของบิดามารดาหรือผู้ปกครองของผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
7. สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นชาวต่างประเทศ)
8. ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิตและทศพดภาพ (A02)
9. สำเนารายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี ที่รับรองสำเนาถูกต้อง โดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี
10. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ ที่รับรองสำเนาถูกต้อง โดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี (ด้านหน้าและหลัง)
11. คำสั่งศาลแต่งตั้งผู้จัดการมรดก หรือหนังสือลำดับทายาทโดยธรรม (กรณีมิได้ระบุผู้รับประโยชน์ในกรมธรรม์หรือระบุผู้รับประโยชน์เป็นทายาทตามกฎหมาย)
12. อื่น ๆ (ถ้ามี)
  - สำเนารายงานการตรวจศพจากสถาบันนิติเวชวิทยา/สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ (กรณีมีการตรวจพิสูจน์ศพ)
  - สรุปรายงานการสอบสวนคดี
  - รายงานข่าวการเสียชีวิตจากหนังสือพิมพ์
  - หนังสือรับรองคณะกรรมการสามฝ่าย (ฝ่ายปกครอง, ฝ่ายทหาร, ฝ่ายตำรวจ) กรณีภัยก่อการร้าย
13. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้รับประโยชน์
14. แบบฟอร์มเรียกจ่ายค่าสินไหม (A01)

หมายเหตุ:

1. เอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ จะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง โดยเจ้าของเอกสารหรือทายาทโดยธรรม หรือผู้มีสิทธิตามกฎหมาย
2. ในกรณีชื่อหรือนามสกุล ไม่ตรงกับข้อมูลของบริษัทฯ จะต้องมีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงชื่อหรือนามสกุล หรือทะเบียนสมรสของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์
3. ในกรณีที่ผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ บริษัทฯ จะจ่ายให้บิดาหรือมารดาหรือผู้ที่ศาลแต่งตั้งให้เป็น ผู้ปกครองเป็นผู้รับเงินแทนผู้เยาว์
4. ในกรณีที่มีผู้รับประโยชน์คนเดียวและผู้รับประโยชน์เสียชีวิตก่อนหรือพร้อมกันกับผู้เอาประกันภัย บริษัทฯ จะจ่ายให้ผู้ที่ศาลแต่งตั้งให้เป็นผู้จัดการมรดกของผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับเงิน

5. ในกรณีที่มีผู้รับประโยชน์หลายคนและผู้รับประโยชน์บางคนเสียชีวิตก่อนหรือพร้อมกันกับผู้เอาประกันภัย โดยผู้เอาประกันภัยมิได้แจ้งเปลี่ยนแปลงผู้รับประโยชน์มายังบริษัทฯ สินไหมทดแทนจ่ายแก่ผู้รับประโยชน์ที่เหลือคนละส่วนเท่าๆกัน
6. ระยะเวลาในการพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนภายใน 15 วันหลังจากได้รับเอกสารครบถ้วน

เอกสารใด ๆ ตามรายการข้างต้นนี้ถ้าท่านไม่สามารถจัดส่งให้บริษัทฯ ได้ จะต้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อบริษัทฯ จะได้พิจารณาตามความเหมาะสมต่อไป

### หมายเหตุ : ความคุ้มครองขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และเอกสารประกอบการพิจารณาต้องเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น



**แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน**

- ( ) ค่ารักษาพยาบาล ( ) ค่ารักษาทันตกรรม ( ) ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล  
( ) เสียชีวิต ( ) เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ( ) ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ( ) สูญเสียอวัยวะ ( ) ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว ( ) อื่นๆ.....

**ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล**

1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน ..... เพศ..... อายุ..... ปี..... อาชีพ..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....	
2. กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดธนาคารมาพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน) โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... สาขา..... ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....	
3. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ ( ) ผู้ป่วยนอก ( ) ผู้ป่วยใน ( ) ICU ( ) อื่นๆ 3.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารักษา..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล..... 3.2 อาการเจ็บป่วย..... 3.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล..... 3.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล..... แผนกที่เข้ารับการรักษา..... 3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์..... 3.6 ได้รับการรักษาโดย ( ) การฉีดยา ( ) การผ่าตัด (ระบุ)..... ( ) อื่นๆ (ระบุ)..... 3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ ( ) เอ็กซเรย์ ( ) ตรวจหัวใจ ( ) ตรวจโรค ( ) อื่นๆ (ระบุ).....	
4. กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากอาการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราวจากการบาดเจ็บ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ 4.1 สถานที่เกิดเหตุ..... วันเวลาที่เกิดเหตุ..... เหตุเกิดอย่างไร(ระบุรายละเอียด)..... 4.2 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ..... 4.3 มีการแจ้งความหรือไม่ ( ) ไม่มี ( ) มี ณ สถานีตำรวจ..... เมื่อวันที่..... 4.4 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา..... 4.5 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา..... แผนกที่ทำการรักษา..... เลขที่ผู้ป่วยนอก..... 4.6 วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย..... 4.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ ( ) เอ็กซเรย์ ( ) ตรวจหัวใจ ( ) ตรวจโรค ( ) อื่นๆ (ระบุ)..... 4.8 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด).....	
5. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่.....อายุครรภ์.....สัปดาห์	
6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย  
อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ แจ้งผลการพิจารณาด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-MAIL, LINE, SMS หรือช่องทางอื่นใดที่กำหนดไว้ในกฎหมาย) ข้าพเจ้า  
รับทราบจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

(.....)

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)



**ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิตและทุพพลภาพ**

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย (ผู้เอาประกันภัย) .....

กรุณากรอกข้อมูลในหัวข้อต่อไปนี้

**1. กรณีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ :**

- โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอาการบาดเจ็บเป็นครั้งแรก.....
- โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการบาดเจ็บ.....

**2. กรณีการเจ็บป่วย**

- โปรดระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา หรือ ได้รับการวินิจฉัยโรคจากท่านเป็นครั้งแรก.....
- โปรดระบุรายละเอียดหรืออาการของการเจ็บป่วย.....
- ผู้ป่วยมีอาการของโรคนี้นานเท่าใดก่อนเข้ารับการรักษาจากท่าน.....

**3. ตามความเห็นของท่าน ท่านวินิจฉัยว่าผู้ป่วยได้รับความสูญเสียกรณีใด (กรุณาทำเครื่องหมาย ✓)**

- เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ
- สูญเสียอวัยวะ (แขนหรือขาหรือตาบอดสนิทรวมกัน 2 ข้างขึ้นไป) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากอุบัติเหตุ
- สูญเสียอวัยวะ (แขนหรือขาหรือตาบอดสนิทรวมกัน 2 ข้างขึ้นไป) และไม่มีทางรักษาให้หายได้ตลอดไปจากการเจ็บป่วย

(การสูญเสียอวัยวะ หมายถึง การถูกตัดออกจากร่างกายตั้งแต่ข้อมือ หรือข้อเท้า และให้หมายรวมถึงการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะดังกล่าวข้างต้น โดยมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ชัดเจนว่าไม่สามารถกลับมาใช้งานได้อีกตลอดไป)

- ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ
- ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากการเจ็บป่วย

(ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หมายถึง ทุพพลภาพถึงขนาดไม่สามารถประกอบหน้าที่การงานใดๆ ในอาชีพประจำและอาชีพอื่นใดได้โดยสิ้นเชิงตลอดไป)

- เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งต่อไปนี้ หรือผู้ป่วยมีภาวะข้อใดข้อหนึ่ง หรือ มากกว่า 1 ข้อก็ได้ ดังระบุต่อไปนี้ร่วมด้วย (โปรดทำเครื่องหมาย ✓)

**โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)**

หมายความว่า ความพิการทางระบบประสาทอย่างถาวรอันเป็นผลมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดพยาธิสภาพทางระบบประสาทเป็นเวลาติดต่อกันมากกว่า 24 ชั่วโมง รวมถึงหลอดเลือดสมองแขนงใหญ่แตก (Major Complex Stroke) การอุดตันแบบสมบูรณ์ของหลอดเลือดในสมองและภาวะเนื้อสมองตาย

**ภาวะโคม่า (Coma)**

หมายความว่า การสลบหรือหมดความรู้สึก เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 96 ชั่วโมง และตรวจพบลักษณะต่อไปนี้ครบทุกข้อ

- 1) ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นใดๆทั้งภายในและภายนอกร่างกายเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 96 ชั่วโมง
- 2) ต้องอาศัยเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพยุงชีพโดยไม่สามารถใช้วิธีใดๆในการรักษาให้สามารถกลับมาหายใจได้ด้วยตัวเอง
- 3) สมองถูกทำลาย ทำให้ขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันใดๆได้อย่างถาวร
- 4) ได้รับการประเมินว่าสมองถูกทำลายอย่างถาวร ภายใน 30 วันนับจากวันที่สลบหรือหมดความรู้สึกเป็นวันแรก

**ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory failure)**

หมายความว่า การที่ร่างกายไม่สามารถรักษาภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดได้ตามปกติ และสูญเสียการทำงานของระบบทางเดินหายใจ ทำให้ร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกได้อย่างถาวร หรือต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องช่วยชีวิตเพื่อพยุงชีพ โดยไม่สามารถใช้วิธีใดๆในการรักษาให้สามารถกลับมาหายใจได้ด้วยตัวเอง

**ภาวะระบบสมองตายและประสาทล้มเหลว (Brain Death and Neurologic Failure)**

หมายความว่า การที่สมองและระบบประสาทของร่างกายสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ทำให้ระบบการไหลเวียนโลหิต ในสมองล้มเหลว ร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหว ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ และไม่สามารถรักษาให้หายได้ตลอดไป

**อื่นๆ โปรดระบุ .....**

**4. ผู้ป่วยได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสโรคเอดส์หรือ HIV หรือไม่**

( ) ไม่ได้ตรวจ ( ) ตรวจ กรุณาระบุผลการตรวจเลือดนั้น .....

ลงชื่อแพทย์.....

( )

หมายเลขใบอนุญาต ..... ผู้มีบัตร/ผู้เชี่ยวชาญสาขา.....

วัน/เดือน/ปีที่ให้ความเห็น .....