

ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน

กรณีเรียกร้องสินไหมทดแทนโรคร้ายแรง เตรียมเอกสารดังนี้

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (A01)
2. ใบรายงานแพทย์กรณีโรคร้ายแรง (A07)
3. หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา
4. फिल्मเอกซเรย์ พร้อมรายงานผลการอ่าน (ถ้ามี)
5. ผลการตรวจชิ้นเนื้อ หรือผลทางพยาธิสภาพ
6. ใบรับรองแพทย์
7. สำเนาประวัติการรักษา/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
8. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย
9. สำเนาน้ำสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกัน

หมายเหตุ:

1. เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนา จะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย
2. ผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนในตำแหน่ง ลายเซ็นของผู้เอาประกันภัย
3. ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือพร้อมทั้งระบุว่าเป็นนิ้วหัวแม่มือ ข้างไหนของใคร พร้อมทั้งมีพยานเซ็นรับรอง 2 ท่าน
4. หากปรากฏว่า ชื่อ หรือนามสกุลของผู้เอาประกันในเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ ต้องส่งหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือนามสกุลของทางราชการประกอบการพิจารณา
5. ระยะเวลาการพิจารณาค่าสินไหม ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง แต่หากมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้ชดเชยสินไหมตามกรมธรรม์ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครอง
6. ในกรมธรรม์ ระยะเวลาที่กำหนดไว้อาจขยายออกไปได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

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 (กรุณานำแบบสำเนาหน้าสมุดธนาคารมาพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน) 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 () การฉายยา () การผ่าตัด (ระบุ).....() อื่นๆ (ระบุ)..... 3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....
4.กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/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 ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษายู่ใน โรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่.....อายุครรภ์.....สัปดาห์
6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษายาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใด
 ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย
 หนึ่ง สำนัภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าผม/ฉันบังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ
 ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ แจ้งผลการพิจารณาด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-MAIL, LINE, SMS หรือช่องทางอื่นใดที่กำหนดไว้ในกฎหมาย) ข้าพเจ้า
 รับทราบจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

(.....)

วันที่...../...../.....

ความเต็มพินิจ.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่...../...../.....

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด

ห้องโยกทุกชีวิตในสังคม

วันที่ [Date]	ใบรายงานแพทย์ กรณีโรคร้ายแรง		
PATIENT INFORMATION			
ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน:	กรรมธรรม์เลขที่		
หมายเลขบัตรประชาชน :			
ที่อยู่ปัจจุบัน:	วัน/เดือน/ปี เกิด	อายุ	เพศ
โทรศัพท์:			
DETAILS OF INSURED'S ILLNESS			
1. Date first saw the patient for this illness _____			
Present illness _____			
2. Chief complaint/Clinical finding (Symptom & signs) _____			
3. In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness: _____			
4. Patient Clinical findings (Symptoms & Signs): _____ _____			
5. Underlying diseases : _____			
6. 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 _____			
7. Investigation & Result: _____ _____ _____ _____ _____			
8. HIV test () Not done () Done Result _____ Date performed _____			
9. Are the investigations relevant to the diagnosis? () No () Yes			
10. Final Diagnosis:			
Diagnosis 1: _____ ICD-10 code _____			
Diagnosis 1: _____ ICD-10 code _____			
Diagnosis 1: _____ ICD-10 code _____			

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด

ห้องใหญ่ทุกชีวิตในสังคม

11. Treatments given (such as number of surgery, medical given, physiotherapy, palliative care, etc.): _____

12. Surgery /Operation: _____ ICD -9CM or 10M _____
Date of operation _____ Result / Complications: _____
Pathology result _____

13. Prognosis: () Excellent () Good () Fair () Poor Need follow up _____

14. Could the illness be recover?: () No () Yes for _____ Hours/ Days/ Months/ Years

15. Please state if the insured has suffered/ been treated for any other illness(es) /complaints other than the Critical illness:

16. If there are any further information which in your opinion will assist us in assessing this claim, for example, an adverse family history, please furnish such information below _____

17. Is the illness related to alcohol, drug, abuse or addiction? () No () Yes, please give details _____

18. For female: Is the patient pregnant? () No () Yes Gestational age _____ Weeks

19. Was the treatment related to pregnancy or treatment of infertility? () No () Yes _____

20. Has the patient been treated by other doctor? () No () Yes , please give name and address _____

21. 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

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด

ห้องโยกทุกชีวิตในสังคม

22. Other comments: _____

TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN

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 Doctor _____ Signature _____

Qualification _____ Specialty _____ Thailand's Medical registration _____

Name of Hospital/Official Stamp _____ Telephone No _____ Date _____

ข้อควรทราบ ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาชีพแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามกฎหมายหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง