

ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน

กรณีการเสียชีวิตเนื่องจากเจ็บป่วย เตรียมเอกสารดังนี้

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. ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิตและทศพลภาพ (A02)
9. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้รับประโยชน์
10. แบบฟอร์มเรียกกรองค่าสินไหม (A01)
11. คำตั้งศาลแต่งตั้งผู้จัดการมรดก หรือหนังสือลำดับทายาทโดยธรรม (กรณีมิได้ระบุผู้รับประโยชน์ในกรมธรรม์หรือระบุผู้รับประโยชน์เป็นทายาทตามกฎหมาย)

หมายเหตุ:

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

<p>1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน เพศ..... อายุ..... ปี..... อาชีพ..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....</p>
<p>2. กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดธนาคารมาพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน) โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... สาขา..... ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....</p>
<p>3. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ 3.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารักษา..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล..... 3.2 อาการเจ็บป่วย..... 3.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล..... 3.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระหว่างรักษาอยู่ในโรงพยาบาล..... แผนกที่เข้ารับการรักษา..... 3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์..... 3.6 ได้รับการรักษาโดย () การฉีดยา () การผ่าตัด (ระบุ)..... () อื่นๆ (ระบุ)..... 3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....</p>
<p>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).....</p>
<p>5. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษายอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่.....อายุครรภ์.....สัปดาห์</p>
<p>6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์</p>

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย
 หนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าผมได้ขออนุญาตแล้วและสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

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 ภายหลัง 30 วันนับจากวันที่สลบหรือหมดความรู้สึกเป็นวันแรก

ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory failure)

หมายความว่า การที่ร่างกายไม่สามารถรักษาภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดได้ตามปกติ และสูญเสียการทำงานของระบบทางเดินหายใจ ทำให้ร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกร่างกายได้อย่างถาวร 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