**บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**
**BANGKOK LIFE ASSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED**

1415 ถนนกรุงเทพ-นนทบุรี แขวงวงศ์สว่าง เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ 10800
โทร 02-777-8000 โทรสาร 02-777-8899 Call Center 02-777-8888 www.bangkoklife.com
1415 Krungthep – Nonthaburi Road, Wongsawang, Bangsue, Bangkok 10800
Thailand Tel. (66) 2777 8888 Fax (66) 2777 8899 Call Center (66) 2777 8888
www.bangkoklife.com

# แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วย
# Reimbursement Claim Form for Injury / Illness

- ☐ ค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (HS)
- ☐ ค่าชดเชยการนอนโรงพยาบาล (HB)
- ☐ ค่าชดเชยโรคร้ายแรง (CI)
- ☐ ค่าชดเชยเนื่องจากอุบัติเหตุ (AI)
- ☐ ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA)
- ☐ อื่นๆ(Other) (โปรดระบุ Please specify).....

วันที่/(Date).....
ข้าพเจ้า นาย/นาง/นส. (Customer Mr./ Mrs./ Ms ).....
กรมธรรม์เลขที่/(Policy No.) .....
มีความประสงค์เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากบริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามข้อมูลที่แจ้งเพื่อพิจารณา ดังนี้
(I hereby express intention to claim compensation from Bangkok Life Assurance Public Company Limited with the following information for consideration.)

## ส่วนที่ 1 (Part I) สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิ กรอกข้อมูล (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ) (For Insured)

1. ชื่อ- สกุล ผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วย (Name- last name of patient).....
อายุ(ปัจจุบัน) (Present age) .....ปี (years old)
ที่อยู่ปัจจุบัน (Present address).....
.....
สถานที่ทำงาน (Business address).....
.....
อาชีพ/ลักษณะงาน (Occupation/Job description).....
อีเมล (E-mail).....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (Mobile phone no.).....
(บริษัทฯ สงวนสิทธิ์แจ้งข้อมูล (SMS) ผ่านหมายเลขโทรศัพท์ที่เคยระบุไว้ให้กับบริษัทสำหรับการติดต่อเท่านั้น หากหมายเลขโทรศัพท์ที่แจ้งในแบบฟอร์มนี้ไม่ตรงกัน บริษัทฯ ขอใช้เพื่อการติดต่อสอบถามเฉพาะในครั้งนี้เท่านั้น ท่านสามารถตรวจสอบและแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อมูลผ่านบริการของศูนย์ข้อมูลของบริษัท)
(The company will contact the given number in this form for the information regarding this form only. For other purposes, the company reserves the right to provide information (SMS) via telephone numbers that have been previously specified for the company for contact only. If you wish to check and change your personal information, please contact call center.)
2. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (Name of hospital/clinic treated).....
จังหวัด (Province)..... โทร. (Tel.) .....
3. (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) (in case of Injury / accident)
1) วันที่เกิดเหตุ (Date of accident) .....เวลา (Time).....น. (AM/PM.)
การแจ้งความ (Any police report) ☐ มี แจ้งความที่ (Yes, please specify)..... ☐ ไม่มี (No)
2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Cause of accident) .....
3) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ (Date admitted) .....ถึงวันที่ (Date discharged) .....
(ข) กรณีเจ็บป่วย (b) In case of illness
1) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ (Date admitted) .....ถึงวันที่ (Date discharged) .....
4. มีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น (Are you eligible for compensation from other company?)
☐ มี โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please specify) ..... ☐ไม่มี (No)
5. วิธีการรับเงินค่าชดเชย (Claim reimbursement)
☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารที่ได้ระบุไว้กับบริษัทเท่านั้น (Transfer to the bank account given to the Company only.)
☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร (Name of Bank Transfer)..... รหัสสาขา (Branch code).....
เลขที่บัญชี (Bank account no.)..... ชื่อบัญชี (Account name).....
พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (Please specify the bank account and attach the copy of the bank account.)
(หากท่านเคยแจ้งขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคารให้ไว้กับบริษัทฯ แล้ว บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิในการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารที่ได้ระบุไว้กับบริษัทฯเท่านั้น) (The company reserves the right to transfer money to the bank account that was previously given to the company only)
☐ ส่งเช็ค/ตัวแลกเงินทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ที่เคยแจ้งไว้กับบริษัท (Direct mail to the address that was previously notified to the Company)
☐ ขอรับผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสในร้าน 7-Eleven (ไม่เกิน 10,000 บาท) โปรดกรอกแบบฟอร์มขอรับเงินค่าสินไหมทดแทน เพิ่มเติม
(Counter Service at 7-Eleven stores (Not exceed 10,000 Bath) Please fill in the additional form.)

**ลงชื่อ** Sign ..... **ผู้เอาประกันภัย** Insured

**หมายเหตุ** ผู้เอาประกันภัยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม กรุณาลงนามในถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนที่ลงนามและรับรองสำเนาถูกต้องแล้ว
(Note: Insured or Legal representative, please signs the authorization to release medical records and attaches a certified copy of the identification card or passport.)

## ส่วนที่ 2 (Part II) สำหรับแพทย์ผู้รักษา For Physician

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา Physician's Report

Patient's Name……Sex ☐ Male ☐ Female HN……AN…… Age……Year(s)

Admission Date…… Time…… Discharge Date……Time…… Consultation Date……

1 For Illness

a) Date you first saw this patient for this illness :

……

……

b) Chief complaint and duration of symptom(s) :

……

……

……

……

……

2 For Injury / Accident

a) Date of injury……Time……

b) Cause of injury……

c) Detail of injury……

d) Did you smell alcohol from the patient?

☐ No ☐ Not known

☐ Yes, blood alcohol test (if any) =……mg%

e) Level of consciousness ☐ Normal ☐ Confusion

☐ Drowsiness ☐ Semi-Coma ☐ Coma

f) Estimated time for recovery……

3 Did the patient need to be admitted to hospital? ☐ No ☐ Yes, indication for admission……

……

4 Vital signs: T…… °C P……/min. R…… /min BP……mmHg

5 Pertinent clinical findings (Symptoms & Signs)……

……

6 Investigation & Result (Lab, EKG, X-ray, etc.) ……

……

7 HIV Test ☐ No ☐ Yes, result…… Date performed……

8 Underlying disease (s) ……

9 Diagnosis 1 …… ICD10-TM ……

Diagnosis 2 …… ICD10-TM ……

Diagnosis 3 …… ICD10-TM ……

10 Treatment ……

……

11 Surgery/Operation …… Date performed……ICD9-CM……

Anesthesia Type ☐ General Anesthesia ☐ Spinal Anesthesia ☐ Local Anesthesia ☐ Others……

12 Pathological report……

13 Complications (if any) ……

14 Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? ☐ No ☐ Yes, please specify……

15 For Female: Is the patient pregnant? ☐ No ☐ Yes, gestational age ……weeks

Was the treatment related to infertility? ☐ No ☐ Yes, please specify……

16 Has patient ever been treated by other doctor before? ☐ No ☐ Yes, please give name and address ……

……

17 Was the illness/Injury contributed to or influenced by any of the following

a) Physical defects/Congenital anomaly ☐ No ☐ Yes

b) Degenerative change(s) ☐ No ☐ Yes

18 Others past medical history

| Date | Sign & Symptom | Diagnosis | Treatment | Physicians/Hospital |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

19 Other comments about the injury/Illness……

……

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the above facts are true.

Physician's signature…… Specialty…… License No……

Hospital Name…… Address…… Telephone No……

**ข้อควรทราบ**

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาชีพแพทย์ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสตหนึ่ง

# ถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

## Authorization to release medical records

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษา หรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เปิดเผยประวัติการตรวจรักษาหรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจรักษาสุขภาพ ให้แก่บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือตัวแทนของบริษัทให้ดำเนินการติดต่อขอรับข้อมูลจาก ผู้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปภาพหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

With this letter, I hereby authorize physician(s) or hospital(s) or any clinic(s) by whom or where I have been observed or treated, to give full information about my health including my medical history and other details pertaining to the treatment and results to Bangkok Life Assurance Public Company Limited.

I further authorize Bangkok Life Assurance Public Company Limited or agent of the Company to act as legal representative to proceed and contact to receive a medical history from attending physician(s) or hospital(s) or any clinic(s) that has or had provided me with medical treatment as if they were my own actions in all respects. A photocopy of this authorization shall have the full effect of the original authorization.

**ลงชื่อ** Sign .....

(.....)

**ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม**

(Insured/Legal representative)

**ลงชื่อ** Sign .....

(.....)

**พยาน**

(Witness)

**ลงชื่อ** Sign .....

(.....)

**พยาน**

(Witness)

**หมายเหตุ** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน

(Remark In case of signing by fingerprint, signatures of 2 witnesses must be provided.)

กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัยทุกครั้ง (Please attach copy of identification card or passport of the insured.)