

แบบเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ/ค่าชดเชยรายได้ระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล

MEDICAL EXPENSE AND HOSPITAL INCOME INDEMNITY CLAIM FROM

คำแนะนำ: เอกสารที่ต้องยื่นประกอบการพิจารณาการเรียกร้องค่าสินไหม 1. ใบรับรองแพทย์ 2. สำเนาใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลพร้อมงบสรุป (กรณีเรียกร้องค่าชดเชยรายวัน) 3. ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลพร้อมงบสรุป (กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล) 4. สำเนาบัตรประชาชน พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง 5. สำเนาสมุดคู่ฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้อง		INSTRUCTION: PLEASE SUBMIT DOCUMENTS AS FOLLOWS: 1. MEDICAL REPORT COMPLETED BY DOCTOR 2. COPY(IES) OF MEDICAL RECEIPT (FOR DAILY BENEFITS) 3. ORIGINAL MEDICAL RECEIPT (FOR MEDICAL REIMBURSEMENT) 4. CERTIFIED TRUE COPIES OF IDENTITY CARD 5. COPY OF BANK BOOK CERTIFIED BY YOU	
ชื่อผู้เอาประกันภัย INSURED'S NAME	สัญชาติ NATIONALITY	อายุ AGE	เลขที่กรมธรรม์ POLICY NO.
ที่อยู่ติดต่อสะดวก CORRESPONDENCE ADDRESS		โทรศัพท์ TEL.	อีเมล EMAIL
อาชีพ OCCUPATION	สถานที่ทำงาน PLACE OF EMPLOYMENT	โทรศัพท์ TEL.	โทรสาร FAX
ผลประโยชน์จากบริษัทประกันชีวิต/ประกันภัยอื่น OTHER INSURANCE		สถานพยาบาลประกันสังคม SOCIAL SECURITY HOSPITAL	
ชื่อผู้รับประโยชน์ ระบุตามหน้าตารางกรมธรรม์ NAME OF BENEFICIARY ON POLICY SCHEDULE	ที่อยู่ ADDRESS	สัญชาติ NATIONALITY	อายุ AGE

รายละเอียดเกี่ยวกับอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย DETAILS OF ACCIDENT/ILLNESS

วันที่และเวลาเกิดเหตุ DATE AND TIME OF ACCIDENT	สถานที่เกิดเหตุ PLACE OF ACCIDENT
รายละเอียดการเกิดเหตุ/สาเหตุการเกิดเหตุ CIRCUMSTANCES/CAUSE OF ACCIDENT	
ลักษณะการบาดเจ็บ บาดแผล และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ NATURE OF INJURY AND ORGAN	
อาการที่เป็น SYMPTOMS/ILLNESS	
วันที่เริ่มเป็น DATE OF ONSET	วันที่ปรึกษาแพทย์ DATE OF CONSULTATION
ผลการวินิจฉัย DIAGNOSIS	
การรักษาที่ได้รับ TREATMENT GIVEN	
โปรดระบุชื่อแพทย์,ชื่อโรงพยาบาล/คลินิกอื่น ๆ ที่เคยปรึกษาเกี่ยวกับอาการบาดเจ็บและ/หรือเจ็บป่วยนี้พร้อมเบอร์โทรศัพท์ THE NAME, ADDRESS, AND PHONE NO. OF ANY DOCTORS WHO HAVE BEEN CONSULTED IN CONNECTION WITH THIS ACCIDENT OR ILLNESS	
ชื่อแพทย์,ชื่อโรงพยาบาล/คลินิก,เบอร์โทรศัพท์ ที่รักษาเป็นประจำ YOUR REGULAR DOCTOR'S NAME, HOSPITAL/CLINIC, AND PHONE NUMBER	

วิธีการรับค่าสินไหม CLAIM PAYMENT METHOD

ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย I WOULD LIKE TO HAVE CLAIM PAYMENT BY

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร DIRECT CREDIT ประเภทบัญชี: ออมทรัพย์ SAVING ACCOUNT

ชื่อธนาคาร BANK NAME สาขา BRANCH เลขที่บัญชี ACCOUNT NUMBER.....

ชื่อบัญชี ACCOUNT NAME

(โปรดนำส่งสำเนาสมุดคู่ฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วย/PLEASE SUBMIT COPY OF BANK BOOK CERTIFIED BY YOU)

ข้อตกลงยินยอมเปิดเผยข้อมูล CONSENT TO DISCLOSE INFORMATION

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องเป็นความจริงและตกลงยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ บริษัทประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือรับประกันภัยข้าพเจ้าหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยข้อมูลใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยา หรือการรักษา และทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้องค่าชดเชยแก่ บริษัท มิตรแท้ประกันภัย จำกัด(มหาชน) (บริษัทฯ) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่หน่วยงานกำกับดูแล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อนึ่ง สำเนาของเอกสารฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I HEREBY CERTIFY THAT ABOVE INFORMATION IS TRUE AND ACCURATE, AND CONSENT ANY HOSPITAL PHYSICIAN OR OTHER PERSON WHO HAD ATTENDED OR EXAMINED ME OR MY FAMILY, TO DISCLOSE/ FURNISH TO MITTARE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED (THE COMPANY) OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE, ANY AND ALL INFORMATION WITH RESPECT TO ANY SICKNESS OR INJURY, MEDICAL HISTORY, CONSULTATION PRESCRIPTIONS OR TREATMENT, AND COPIES OF ALL HOSPITAL OR MEDICAL RECORDS. I GIVE THE COMPANY CONSENT TO DISCLOSE THAT INFORMATION TO THE REGULATOR OR ANY RELATED PERSON. A PHOTOSTATIC COPY OF THIS DOCUMENT SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL.

.....
วันที่/DATE

.....
ลายมือชื่อผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เรียกร้อง SIGNATURE OF CLAIMANT

.....
วันที่/DATE

.....
ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้
SIGNATURE OF ATTORNEY IN CASE CLAIMANT CANNOT CALL FOR THE CLAIM