

แบบเรียกร้อยสินไหมทดแทนสุขภาพและอุบัติเหตุ / ข้อมูลแสดงตน
HEALTH AND ACCIDENTAL CLAIM / CUSTOMER INFORMATION FORM

ส่วน 1 ข้อมูลแสดงตนของผู้เอาประกัน / ผู้รับผลประโยชน์ (CUSTOMER INFORMATION)

นาย Mr. นาง Mrs. นางสาว Miss. ด.ช. Master ด.ญ. Miss

ชื่อ/นามสกุล (Name/Surname) วันเดือนปี เกิด (Date of Birth)

เลขที่บัตรประชาชน (ID Card No.) / เลขที่หนังสือเดินทาง (Passport No.)

สัญชาติ (Nationality) อาชีพ (Occupation)

สถานที่ทำงาน/บริษัท (Workplace/Company)

ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address)

.....
.....

โทรศัพท์ (Telephone) โทรศัพท์มือถือ (Mobile) อีเมล (E-mail)

รายละเอียดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าสินไหม (Bank account details)

ชื่อบัญชี (Account name)

ชื่อธนาคาร (Bank name) เลขที่บัญชี (Account No.)

ส่วน 2 ข้อมูลการเรียกร้อยสินไหม (CLAIM INFORMATION)

เลขที่กรมธรรม์ (Policy No.)

วันที่เจ็บป่วย / วันที่เกิดเหตุ (Date of Illness / Accident) เวลาที่เกิดเหตุ (Time)

สถานที่เกิดเหตุ (Place)

ระบุโรค, การเจ็บป่วย, การบาดเจ็บ, การเสียชีวิต / อาการ, ลักษณะการเกิดเหตุหรือสาเหตุ โดยสังเขป (Illness, Injury, Death/Symptom, Brief details of how accident occurred)

.....
.....
.....

การเจ็บป่วย,บาดเจ็บ,การเกิดเหตุครั้งนี้ ท่านเคยเข้ารับการรักษาที่อื่นใดมาก่อนหรือไม่ (As a result of this illness or accident, Have you ever received any prior treatment?)

ไม่เคย (No) เคย (Yes) โปรดระบุข้อมูล (Please, give details)

ชื่อสถานพยาบาล(Hospital/Clinic Name)

วันที่รักษาครั้งแรก / วันที่เริ่มมีอาการ(Date of the first visit / Date of symptom onset)

วันที่รักษาครั้งสุดท้าย (Date of the last visit)

ท่านเรียกร้องสินไหมจากประกันภัยบริษัทอื่นร่วมด้วยหรือไม่ (Would you like to claim together with the other insurance?)

ไม่มี (No) มี (Yes, please specify)

ชื่อบริษัท (Company name) เลขกรมธรรม์ (Policy No.)

ประเภทของประกันภัย (Type of Insurance)

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจและยินยอม ให้โรงพยาบาล แพทย์หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการป่วย/บาดเจ็บ/เสียชีวิต การปรึกษาหรือการรักษา ประวัติทางการแพทย์ และผลการตรวจวินิจฉัย ใบสั่งยา และ/หรือสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและ/หรือสถานพยาบาลทั้งหมดต่อ **บริษัท นาวักิจ ประกันภัย จำกัด (มหาชน)** หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท ฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบอำนาจและให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าใบเสร็จรับเงินที่ส่งเรียกร้องสินไหมทุกฉบับเป็นต้นฉบับจริง และข้าพเจ้าขอยืนยันว่ายังไม่เคยตั้งเบิกจากกรมธรรม์หรือสิทธิใด ๆ สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้สำรองจ่ายไป

I hereby authorize and consent to any hospital, doctor or other person who has attended to me or any member of my family to disclose all fact to **The Navakij Insurance Public Company Limited.** or its representatives with all information including medical history, consultations, prescriptions, treatment, and/or copies of all hospital and medical records that are related to this claim. I agree that a photocopy of this Authorization shall be considered as effective and valid as the original. I hereby certify that every receipt submitted is truly an original and I confirm that I have never reimbursement the claim amount with other insurance policy or other right that I entitled to.

.....
 ()

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์
 The Insured person / The Beneficiary Signature

วันที่ เดือน พ.ศ
 Date

.....
 ()

ลงชื่อพยาน
 Witness Signature

วันที่ เดือน พ.ศ
 Date