

Claim Form for Injury / Illness

According to the insurance contract No.....(Date).....
I hereby express intention to claim compensation from Muang Thai Life Assurance Public Company Limited with the following information for consideration.

1. Name – Last name of patient.....Age.....years old
Present address.....Occupation / Job description.....
Do you wish the Company to record the above present address?
 Yes No
 Keep the present address on record for the insurance contract No. stated above only Keep the present address on record for all insurance contracts
Mobile phone No. (The Company reserves the right to send information to only one mobile phone No.)
The Company will keep the mobile phone No. on record to contact and notify privileges until you notify changes to the Company.
Please specify your intention:
 Keep mobile phone No. on record for the insurance contract No. stated above only Keep mobile phone No. on record for all insurance contracts
If you do not specify your intention, the Company reserves the right to keep the mobile phone No. on record for all of your insurance contracts.

2. (a) In case of accident
1) Date of accident.....time.....hrs. Any police report Yes, please specify..... No
2) Cause of accident.....
(b) In case of illness
1) Date admitted.....Date discharge.....

3. Are you eligible for compensation from other company? Yes, please specify..... No

4. Claim payment collection Direct mail to current address
 Transfer to the bank account/Promptpay given to the Company only.
 Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited
 Receive at Muang Thai Life Assurance PCL, Branch Via agent Name.....Team/Department.....
 Counter Service at 7-Eleven stores (Not exceed 10,000 Baht), please specify mobile phone no. to receive OTP.....

Declaration and Authorization of Medical History Disclosure

With this letter, I hereby give consent to the attending physician(s) or hospital(s) or any medical center(s) that has or had provided me/an injured person/a sick person with medical treatment to disclose the medical treatment history or other details pertaining to the treatment and health check result to Muang Thai Life Assurance Public Company Limited, and I authorize Muang Thai Life Assurance Public Company Limited or agent of the Company to act as a legal authorized person to proceed and contact to receive the aforementioned medical history from attending physician(s) or hospital(s) or any medical center(s) that has or had provided me/an injured person/a sick person with medical treatment or health checkup as if they were my own actions in all respects. A photocopy or copy of this letter is regarded as equally effective and complete as the original.

Declaration of Personal Data Disclosure

I give consent to the Company to collect and use Personal Data, health information, disability, religion, race, medical record, and claim record of me and/or the person under my guardianship (as the case may be), both provided above at present and in the future (collectively referred to as "Sensitive Data"). This consent also includes disclosure of such Sensitive Data as necessary to executives, employees and life insurance agents of the Company, life insurance brokers, banks, reinsurance companies, other insurance companies, medical centers, group insurance policyholders, the Thai Life Assurance Association (TLAA), units with duty to collect/pay policy benefits, government agencies, agencies and commissions which are responsible for law enforcement or legally registered, state agencies or regulators, the Company's business partners, foundations, and the Company's vendors or services providers, to allow the Company, persons and agencies to collect and use the Sensitive Data as necessary and required by law for the purposes of insurance application, underwriting, policy benefit payment, medical treatment, and as a central database of insurance companies in order to examine insured's history and claim record, any operations regarding insurance policies, future insurance application and for any purposes which benefit the insured.

I acknowledge that by not giving consent and by changing the scope of consent, withdrawing consent, objecting, requesting for erasure or destruction of Personal Information, it may result in the Company being unable to manage or take any necessary action on the insurance contract and may affect services and policy benefit payment. In this regard, I have already acknowledged the Company's Privacy Policy on www.muangthai.co.th/th/privacy-policy. In this regard, the expression of my intention by marking constitutes that I have given explicit consent to collect, use and disclose the Personal Data according to the purposes specified above. Hereby, I have signed as evidence thereof.

I have explicitly acknowledged the statements above and the Company's Privacy Policy and hereby signed to authorize and give consent to the disclosure of medical history above.



Scan for details of Privacy Policy

Sign.....Personal data provider / Insured / Legal representative

()

Sign.....Witness

()

Sign.....Witness

()

If the beneficiary is a minor (less than 20 years old), a father/mother/legal guardian must additionally sign this section to give consent as stated above and specify relationship.

*SignConsent Grantor Relationship with the minor.....

Remark : In case of signing by fingerprint, signatures of 2 witnesses must be completely provided.

*In case of a minor (not over 10 years old), a parent is required to sign and specify the relationship.

*In case of a minor (over 10 years old but less than 20 years old), a parent is required to sign together with the minor and specify the relationship.

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา
Attending Physician's Report

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ
Attending physician issuing this report has to be a certified and licensed physician. In case of any fee occurring, the insured shall be responsible.

Patient's Name.....Age:years Sex: <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female ID No.H.N.#A.N.#..... X.N.#..... Date admitted.....TimeDate discharged.....Time.....
1. CHIEF COMPLAINT:
2. FOR ILLNESS A. How long had the patient experienced the symptoms?.....days/weeks/years. B. How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation?.....days/weeks/years. C. Did you advise the patient to be admitted to the hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Indication for admission.....
3. FOR ACCIDENT A. Date & time of accident: Date:..... Time: B. Cause of accident: C. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
4. Date you first saw the patient for this illness / injury: 5. (a) Present illness / Details of injury: (b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs)..... 6. (a) Pertinent lab / investigations: (b) HIV Test <input type="checkbox"/> Yes, result..... <input type="checkbox"/> No
7. Diagnosis 1 ICD 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Diagnosis 2.....ICD 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Diagnosis 3 ICD 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Diagnosis 4.....ICD 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Including principle underlying condition and complication)
8. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.): (b) Operation : ICD 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pathology report : Surgeon's Name..... SpecialtyDate performed : (c) Diagnosis and treatment by other physicians in the same occasion <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please give detail
9. (a) Result of Treatment: <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor (b) Possibility of recurrence? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 10. (a) Date of the last treatment / Follow up: (b) The patient's symptoms at the time of your last consultations / examination? 11. Was the patient referred to you by other physician(s) ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Physician :Clinic / Hospital :

12. Was the this illness / injury contributed to or influenced by and of the following (eg. Pre existing weakness of extended period of disability)?

- a) Physical defects / congenital anomaly No Yes
- b) Unfavorable past medical history No Yes
- c) Degenerative change(s) No Yes
- d) A family history that increase the probability or severity of this disease No Yes
- e) Physician's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increased risk? No Yes
- f) Alcohol or drugs No Yes

If the answer is "yes" ,please specify

.....

.....

13. Other past medical history :

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Physician / Hospital

14. For Female : Was the patient pregnant at the time of treatment ? No Yesweeks (LMP:)

: Was the treatment related to infertility? No Yes

15. Other comments about the illness / injury

.....

.....

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 physician..... Specialty..... License No.

Hospital.....address.....Tel. No.

Hospital Stamp

ประทับตรา (สถานพยาบาล)

Signature

Date

ข้อควรทราบ Disclaimer

ผู้ใดในการประกอบกรงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง

Whoever, in the pursuance of work in medicine, makes false certified document by manner likely to cause damage to other persons or public people, shall be considered to have committed a criminal offense according to the Criminal Code, and shall be imprisoned for not more than 2 years or fined for not more than 4,000 Baht, or both, according to the Criminal Code, and shall be liable for civil indemnity as well.

การเตรียมหลักฐานในการเรียกร้อง
Claim Evidence

ค่าชดเชยอุบัติเหตุตามสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยคุ้มครองอุบัติเหตุ/ค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA)
Accidental compensation according to the Accident Rider / Medical expenses according to the Personal Accident (PA)

- ใบเรียกร้องค่าชดเชย ตามแบบฟอร์มของบริษัท ประกอบด้วย 2 ส่วน
The Company's claim form consists of two parts:
 - 1.1 ส่วนของผู้เอาประกันภัย - ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครอง กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม
Insured's part-Insured/insured's guardian fills in the information and sign the form
 - 1.2 ส่วนรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา-แพทย์ผู้ตรวจรักษา กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม และประทับตราสถานพยาบาล
Attending physician's part-Attending physician fills in the information affix with a signature and hospital's stamp
- ผลการอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ กรณีที่มีการหัก หรือแตกร้าวของกระดูก
X-ray result for the case of broken or fractured bone
- สำเนาใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลและใบแจ้งรายการค่ารักษาพยาบาล หรือสำเนาใบสรุปหน้าบง กรณีเข้ารับการรักษา
ในฐานผู้ป่วยในโรงพยาบาล Copy of medical receipt and medical invoice or copy of hospital's summary statement for inpatient case
- ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลและใบแจ้งรายการค่ารักษาพยาบาล หรือใบสรุปหน้าบงของโรงพยาบาล **ฉบับจริง** กรณีเรียกร้องสัญญา
ประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล **Original copy** of medical receipt and medical invoice or summary statement fo hospital for PA case

ค่าชดเชยสุขภาพแบบผู้ป่วยใน (IPD)

Health compensation for inpatient (IPD)

- ใบเรียกร้องค่าชดเชย ตามแบบฟอร์มของบริษัท ประกอบด้วย 2 ส่วน
The Company's claim form consists of two parts:
 - 1.1 ส่วนของผู้เอาประกันภัย-ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครอง กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม
Insured's part-Insured/insured's guardian fills in the information and sign the form
 - 1.2 ส่วนรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา-แพทย์ผู้ตรวจรักษา กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม และประทับตราสถานพยาบาล
Attending physician's part-Attending physician fills in the information affix with a signature and hospital's stamp
- ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล **ฉบับจริง** กรณีเรียกร้องสัญญาสุขภาพแยกค่าใช้จ่าย และ **สำเนา** กรณีเรียกร้องสัญญาสุขภาพวงเงินแน่นอน
Original copy of medical receipt for H&S case and **its copy** for HB case
- ใบแจ้งรายการค่ารักษาพยาบาล หรือใบสรุปหน้าบงของโรงพยาบาล **ฉบับจริง** กรณีเรียกร้องสัญญาสุขภาพแยกค่าใช้จ่าย
และ **สำเนา** กรณีเรียกร้องสัญญาสุขภาพวงเงินแน่นอน
Original copy of medical invoice or summary statement of hospital for H&S case and **its copy** for HB case

ค่าชดเชยสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก (OPD)

Health compensation for outpatient (OPD)

- ใบรับรองแพทย์ หรือใบเรียกร้องค่าชดเชย ตามแบบฟอร์มของบริษัท
Medical certificate or Company's claim form
- ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล **ฉบับจริง**
Original copy of medical receipt

สินไหมโรคร้ายแรง, แฮปปี้เลดี้, แฮปปี้เลดี้พลัส

CI Rider, Happy Lady, Happy Lady Plus

- ใบเรียกร้องค่าชดเชย ตามแบบฟอร์มของบริษัท ประกอบด้วย 2 ส่วน
The Company's claim form consists of two parts:
 - 1.1 ส่วนของผู้เอาประกันภัย-ผู้เอาประกันภัย กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม
Insured's part-Insured fills in the information and sign the form
 - 1.2 ส่วนรายการแพทย์ผู้ตรวจรักษา-แพทย์ผู้ตรวจรักษา กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม และประทับตราสถานพยาบาล
Attending physician's part-Attending physician fills in the information affix with a signature and hospital's stamp
- ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล **ฉบับจริง** (กรณีศัลยกรรมเกี่ยวกับใบหน้า หรือทรวงอก)
Original copy of medical receipt (for facial or breast surgery)
- ผลการตรวจชิ้นเนื้อ (หลักฐานทางจุลกายวิภาคศาสตร์)
Biopsy result (Microscopic Anatomy Evidence)

หมายเหตุ ● กรณีขอรับเงินค่าชดเชยอุบัติเหตุ และ/หรือสุขภาพ จำนวนเงินไม่เกิน 10,000 บาทต่อการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย 1 ครั้งผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส

- ที่ร้าน 7-Eleven
- กรณีไม่ใช่สัญชาติไทย กรุณาแนบสำเนาหนังสือเดินทาง (Passport) หรือเอกสารหลักฐานที่ออกโดยหน่วยงานราชการ เพื่อประกอบการพิจารณา
- การเตรียมเอกสารเพื่อรับเงิน ดังนี้
 - รหัสการรับเงินที่ได้รับจากบริษัทฯ ผ่านโทรศัพท์มือถือ
 - บัตรประจำตัวประชาชน (กรณีไม่ใช่สัญชาติไทยให้ใช้หนังสือเดินทาง (Passport) หรือเอกสารหลักฐานที่ออกโดยหน่วยงานราชการ)

Remark: ● In case of receiving accident and/or health claim of no more than 10,000 Baht per injury/illness through Counter Service at 7-Eleven Stores

- For non-Thai nationals, please attach a copy of passport or documents issued by official authorities for consideration.
- Required documents
 - OTP from your mobile phone
 - ID Card (For non-Thai nationals, a passport or documents issued by official authorities are required)

- ถ้ามีสิทธิได้รับผลประโยชน์ตามกฎหมาย หรือสวัสดิการอื่นๆ ให้ส่งรายละเอียดแสดงการได้รับสิทธินั้นๆ

หรือส่งสำเนาบัตรต่างๆ ที่อ้างอิงการได้รับสิทธิ เช่น บัตรประจำตัวข้าราชการ บัตรประกันสังคม เป็นต้น

In case there is any legislative benefit or other welfare benefits, please submit such benefit entitlement's detail or copy of identification card confirming such benefit entitlement such as government's identification card, social security card, etc.

หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ตัวแทนประกันชีวิต ศูนย์บริการลูกค้าเมืองไทยประกันชีวิตทุกสาขาทั่วประเทศ

ศูนย์บริการลูกค้าทางโทรศัพท์ โทร. 1766 เมืองไทย Smile หรือที่ โทร. 0 2274 9400, 0 2276 1025-7 Fax: 0 2276 1997-8 หรือที่ www.muangthai.co.th

If you have any questions or inquiries, please contact life insurance agents, Customer Service Centers nationwide, Muang Thai Smile Cutomer Contact Center Tel. 1766 or Tel. 0 2274 9400, 0 2276 1025-7 Fax: 0 2276 1997-8 or www.muangthai.co.th