



ใบเรียกร้องค่าชดเชย กรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วย

ตามสัญญาประกันภัยเลขที่.....วันที่.....

มีความประสงค์เรียกร้องค่าชดเชยจากบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามข้อมูลที่แจ้งเพื่อพิจารณา ดังนี้

1. ชื่อ-สกุล ผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วย.....อายุ.....ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน.....อาชีพ/ลักษณะงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (บริษัท สงวนสิทธิ์แจ้งข้อมูลผ่านหมายเลขโทรศัพท์เพียง 1 หมายเลขเท่านั้น).....
บริษัท จะบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวเพื่อใช้ในการติดต่อและแจ้งสิทธิประโยชน์ต่างๆ จนกว่าท่านจะมีการเปลี่ยนแปลงมายังบริษัท
โปรดระบุความประสงค์ของท่าน
 บันทึกหมายเลขโทรศัพท์เฉพาะเลขที่สัญญาประกันภัยที่ระบุข้างต้น บันทึกหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน
ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัท ขอสงวนสิทธิ์บันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวสำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน

2. (ก) กรณีอุบัติเหตุ
1) วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. การแจ้งความ มีแจ้งความที่..... ไม่มี
2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น.....
(ข) กรณีเจ็บป่วย
1) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

3. สิทธิได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น มี โปรดแจ้งรายละเอียด..... ไม่มี

4. วิธีการรับเงินค่าชดเชย ส่งทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ปัจจุบัน
 โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร/รหัสพร้อมเพย์ที่ได้รับไว้กับบริษัท เท่านั้น รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา.....ส่งผ่านตัวแทนชื่อ.....สังกัด.....
 ขอรับผ่านเคาน์เตอร์เซเว่นอีเลฟเว่น 7-Eleven (ไม่เกิน 10,000 บาท) โดยแจ้งข้อมูลรหัสรับเงินผ่านทางโทรศัพท์มือถือ หมายเลข.....

ถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เปิดเผยประวัติการตรวจรักษา หรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจสุขภาพให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้ามอบอำนาจให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัท เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวจากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ศาสนา เชื้อชาติ ประวัติการรักษา และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้าและ/หรือผู้ที่อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้า (แล้วแต่กรณี) ทั้งที่ไว้ข้างต้น ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะเพิ่มเติมในอนาคต (รวมเรียกว่า "ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ ผู้บริหาร พนักงาน และตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น สถานพยาบาล ผู้ถือกรรมสิทธิ์ประกันกลุ่ม สมาคมประกันชีวิต หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรับ/จ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ หน่วยงานราชการ หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีหน้าที่บังคับใช้กฎหมาย หรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานกำกับดูแล พันธมิตรธุรกิจของบริษัท มูลนิธิ และผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัท เพื่อให้บริษัท บุคคลและหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การรักษาพยาบาล เป็นฐานข้อมูลกลางของบริษัทประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัย และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย การขอเอาประกันภัยในอนาคต และเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้อำนาจหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัท ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อบริการ การจ่ายเงินตามผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท แล้วที่ www.muangthai.co.th/th/privacy-policy ทั้งนี้ การที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน นี้ ถือว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้นโดยชัดแจ้งแล้วพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ข้าพเจ้ารับทราบข้อความข้างต้นและนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท โดยชัดแจ้งแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อมอบอำนาจและให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
นโยบายความเป็นส่วนตัว

ลงชื่อ.....ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล/ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน

กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามพร้อมระบุความสัมพันธ์
*ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์.....

หมายเหตุ :
1. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน
*2. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุไม่เกิน 10 ปี ให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย ลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
*3. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมาย ลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์

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 หรือสำเนาใบสรุปหน้างาน กรณีเข้ารับการรักษา
ในฐานผู้ป่วยในโรงพยาบาล Copy of medical receipt and medical invoice or copy of hospital's summary statement for inpatient case
- ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลและใบแจ้งรายการค่ารักษาพยาบาล หรือใบสรุปหน้างานของโรงพยาบาล **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 หรือใบสรุปหน้างานของโรงพยาบาล **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 เพื่อประกอบการ
พิจารณา
 - 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