



**ใบเรียกร้องค่าชดเชย กรณีบาดเจ็บ / เจ็บป่วย**  
**Claim Form for Injury / Illness**

วันที่ (Date).....

ตามสัญญาประกันภัยเลขที่.....  
According to the insurance contract No. ....

มีความประสงค์เรียกร้องค่าชดเชยจากบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามข้อมูลที่แจ้งเพื่อพิจารณา ดังนี้  
I hereby express intention to claim compensation from Muang Thai Life Assurance Public Company Limited with the following information for consideration.

1. ชื่อ - สกุล ผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วย.....	อายุ (ปัจจุบัน).....	ปี
Name - last name of patient	Age (present)	years old
ที่อยู่ปัจจุบัน.....	.....	
Present address	.....	
สถานที่ทำงาน.....	อาชีพ / ลักษณะงาน.....	.....
Business address	Occupation / Job description	.....
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์แจ้งข้อมูลผ่านหมายเลขโทรศัพท์เพียง 1 หมายเลขเท่านั้น).....	.....	
Mobile phone no. (The Company reserves the right to send information to only 1 mobile phone no.)	.....	
บริษัทฯ จะบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวเพื่อใช้ในการติดต่อและแจ้งสิทธิประโยชน์ต่างๆ จนกว่าท่านจะมีการเปลี่ยนแปลงมายังบริษัทฯ โปรดระบุความประสงค์ของท่าน 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.	.....	
<input type="checkbox"/> บันทึกหมายเลขโทรศัพท์เฉพาะเลขที่สัญญาประกันภัยที่ระบุข้างต้น Keep mobile phone no. on record for the insurance contract no. stated above.	.....	
<input type="checkbox"/> บันทึกหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน Keep mobile phone no. on record for all insurance contracts.	.....	
ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์บันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวสำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน 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. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....	จังหวัด.....	โทร. ....
Name of hospital/clinic treated	Province	Tel.
3. (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) In case of accident	.....	
1) วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... น. การแจ้งความ <input type="checkbox"/> มีแจ้งความที่..... <input type="checkbox"/> ไม่มี	Date of Accident Time hrs. Any police report Yes, please specify No	
2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น.....	Cause of accident	
3) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....	Date admitted Date discharged	
(ข) กรณีเจ็บป่วย (b) In case of illness	.....	
1) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....	Date admitted Date discharged	
4. สิทธิได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น <input type="checkbox"/> มี โปรดแจ้งรายละเอียด..... <input type="checkbox"/> ไม่มี	Are you eligible for compensation from other company? Yes, please specify No	
5. วิธีการรับเงินค่าชดเชย <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีธนาคาร / รหัสพร้อมเพย์ที่ได้รับไว้กับบริษัทเท่านั้น	Claim payment collection Transfer to the bank account / Promptpay given to the Company only.	
<input type="checkbox"/> รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)	Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited	
<input type="checkbox"/> รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา.....	Receive at Muang Thai Life Assurance PCL, Branch	
<input type="checkbox"/> ส่งผ่านตัวแทน (Via agent) ชื่อ (Name)..... สังกัด (Team/Department).....	.....	
<input type="checkbox"/> ส่งทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ปัจจุบันหรือ ตามที่อยู่ดังนี้.....	Direct mail to current address or the following address	
<input type="checkbox"/> ขอรับผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสที่ร้าน 7-Eleven (ไม่เกิน 10,000 บาท) โดยแจ้งข้อมูลรหัสรับเงินผ่านทางโทรศัพท์มือถือ หมายเลข.....	Counter Service at 7-Eleven stores (Not exceed 10,000 Baht), please specify mobile phone no. to receive OTP.	

**ถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา**  
**Declaration and Authorization of Medical History Disclosure**

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษา หรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เปิดเผยประวัติการตรวจรักษาหรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจสุขภาพ ให้แก่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัทฯ เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น จากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปภาพหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

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

ลงชื่อ..... (ผู้เอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรม)  
Sign (Insured/Legal representative)

ลงชื่อ..... (พยาน)  
Sign (Witness)

ลงชื่อ..... (พยาน)  
Sign (Witness)

หมายเหตุ กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน  
Remark In case of signing by fingerprint, signatures of 2 witnesses must be completely provided.

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.....Time ..... Date 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 / investingations : ..... (b) HIV Test <input type="checkbox"/> Yes, result..... <input type="checkbox"/> No
7. Diagnosis 1 ..... ICD 10 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></table> Diagnosis 2 ..... ICD 10 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></table> Diagnosis 3 ..... ICD 10 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></table> Diagnosis 4 ..... ICD 10 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></table> (Including principle underlying condition and complication)
8. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.) : ..... (b) Operation : ..... ICD 9 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></table> Pathology report : ..... Surgeon's Name.....Specialty .....Date 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  Yes .....weeks (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 หรือแตกส่วนของกระดูก  
X-ray result for the case of broken or fractured bone
- สำเนาใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลและใบแจ้งรายการค่ารักษาพยาบาล หรือสำเนาใบสรุปหน้าจบ กรณีเข้ารับการรักษา  
ในฐานะผู้ป่วยในโรงพยาบาล Copy of medical receipt and medical invoice or copy of hospital's summary statement for inpatient case
- ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลและใบแจ้งรายการค่ารักษาพยาบาล หรือใบสรุปหน้าจบของโรงพยาบาล **ฉบับจริง** กรณีเรียกร้องสัญญาประกัน  
ภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล **Original copy** of medical receipt and medical invoice or summary statement of 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 หรือใบสรุปหน้าจบของโรงพยาบาล **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 หรือ ใบเรียกร้องค่าชดเชย 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 ส่วนรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา - แพทย์ผู้ตรวจรักษา กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม และประทับตราสถานพยาบาล  
Attending physician's part - Attending physician fills in the information affix with a signature and hospital's stamp
- ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล **ฉบับจริง** (กรณีศัลยกรรมเกี่ยวกับใบหน้าหรือทรวงอก)  
**Original copy** of medical receipt (for facial or breast surgery)
- ผลการตรวจชิ้นเนื้อ (หลักฐานทางจุลกายวิภาคศาสตร์)  
Biopsy result (Microscopic Anatomy Evidence)

- หมายเหตุ
- กรณีขอรับเงินค่าชดเชยอุบัติเหตุ และ/หรือสุขภาพ จำนวนเงินไม่เกิน 10,000 บาท ต่อการบาดเจ็บ/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.)

• ถ้ามีสิทธิได้รับผลประโยชน์ตามบทบัญญัติของกฎหมาย 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 กรุณาติดต่อตัวแทนประกันชีวิต ศูนย์บริการลูกค้าเมืองไทยประกันชีวิตทุกสาขาทั่วประเทศ  
ศูนย์บริการลูกค้าทางโทรศัพท์ โทร. 1766 เมืองไทย Smile หรือที่โทร. 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 Customer Contact Center Tel. 1766 or Tel. 0 2274 9400, 0 2276 1025-7, Fax: 0 2276 1997-8 or www.muangthai.co.th