

**แบบเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพและอุบัติเหตุ / ข้อมูลแสดงตน**  
**HEALTH AND ACCIDENTAL CLAIM / CUSTOMER INFORMATION FORM**

**ส่วน 1 ข้อมูลแสดงตนของผู้เอาประกัน / ผู้รับผลประโยชน์ (กรุณาระบุข้อมูลให้ครบถ้วน) (CUSTOMER INFORMATION, PLEASE COMPLETE ALL FIELDS)**

นาย Mr.  นาง Mrs.  นางสาว Miss  ด.ช. Master  ด.ญ. Miss  
ชื่อ (Name) \_\_\_\_\_ สกุล (Surname) \_\_\_\_\_  
วันเดือนปีเกิด (Date of Birth) \_\_\_\_\_ อายุ (Age) \_\_\_\_\_ ปี (Years) เพศ (Gender)  ชาย (Male)  หญิง (Female)

เลขที่บัตรประชาชน (ID Card No.) /  เลขที่หนังสือเดินทาง (Passport No.) \_\_\_\_\_  
สัญชาติ (Nationality) \_\_\_\_\_ อาชีพ (Occupation) \_\_\_\_\_ สถานที่ทำงาน/บริษัท (Workplace/Company) \_\_\_\_\_

**ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address)**  
เลขที่ (No.) \_\_\_\_\_ อาคาร/หมู่บ้าน (Building/Village) \_\_\_\_\_ ถนน (Road) \_\_\_\_\_  
แขวง/ตำบล (Sub-district) \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ (District) \_\_\_\_\_ จังหวัด (Province) \_\_\_\_\_  
รหัสไปรษณีย์ (Postal Code) \_\_\_\_\_ ประเทศ (Country) \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์ (Phone) \_\_\_\_\_ โทรสาร (Fax) \_\_\_\_\_ อีเมล (E-mail) \_\_\_\_\_

**ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน (Registered Address)**  เหมือนที่อยู่ปัจจุบัน (As the same of Current Address)  
เลขที่ (No.) \_\_\_\_\_ อาคาร/หมู่บ้าน (Building/Village) \_\_\_\_\_ ถนน (Road) \_\_\_\_\_  
แขวง/ตำบล (Sub-district) \_\_\_\_\_ เขต/อำเภอ (District) \_\_\_\_\_ จังหวัด (Province) \_\_\_\_\_  
รหัสไปรษณีย์ (Postal Code) \_\_\_\_\_ ประเทศ (Country) \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์ (Phone) \_\_\_\_\_ โทรสาร (Fax) \_\_\_\_\_ อีเมล (E-mail) \_\_\_\_\_

**ส่วน 2 ข้อมูลการเรียกร้องสินไหม (CLAIM INFORMATION)**

เลขที่กรมธรรม์ (Policy No.) \_\_\_\_\_ วันที่เจ็บป่วย / วันที่เกิดเหตุ (Date of Illness / Accident) \_\_\_\_\_  
เวลาที่เกิดเหตุ (Time) \_\_\_\_\_ สถานที่เกิดเหตุ / โรงพยาบาล (Place / Hospital, Clinic) \_\_\_\_\_

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

การเจ็บป่วย, บาดเจ็บ, การเกิดเหตุครั้งนี้ ท่านเคยได้รับการรักษาที่อื่นใดมาก่อนหรือไม่ (As a result of this illness or accident, Have you ever received the treatment prior?)  
 ไม่เคย (Never)  เคย (Ever) โปรดระบุข้อมูล (Please, give details) ชื่อสถานพยาบาล (Hospital / Clinic Name) \_\_\_\_\_  
วันที่รักษาครั้งแรก / วันที่เริ่มมีอาการ (Date of the first visit / Date of symptom onset) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ วันที่รักษาล่าสุด (Date of the last visit) \_\_\_\_\_

โดยได้ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวน \_\_\_\_\_ ครั้ง รวมเงิน (The cost of treatment that has already been reimbursed) \_\_\_\_\_ บาท (Baht)

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 \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการป่วย/บาดเจ็บ/เสียชีวิต การปรึกษาหารือการรักษา ประวัติทางการแพทย์และผลการตรวจวินิจฉัย ใบสั่งยา และ/หรือสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาล และ/หรือสถานพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท นาวิกประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามชื่อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ หนึ่ง สำเนาใบมอบอำนาจนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any hospital, doctor or other person who has attended to me or any member of my family to furnish **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.

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับผลประโยชน์ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน \_\_\_\_\_  
Signed \_\_\_\_\_ The Insured person / The Beneficiary \_\_\_\_\_ Signed \_\_\_\_\_ Witness \_\_\_\_\_  
วันที่ (Date) \_\_\_\_\_ วันที่ (Date) \_\_\_\_\_

รายละเอียดบัญชีธนาคารเพื่อรับโอนเงินค่าสินไหม พร้อมสำเนาน้ำบัญชี (Account details for transferring claim amount and copy of Bank Account)  
ชื่อบัญชี (Account name) \_\_\_\_\_ ชื่อธนาคาร (Bank name) \_\_\_\_\_  
เลขที่บัญชี (Account No.) \_\_\_\_\_

**เอกสารที่ต้องแนบ (REQUIRED DOCUMENTS):** 1) ใบเสร็จรับเงินตัวจริง (ORIGINAL RECEIPT) 2) ใบรับรองแพทย์ระบุโรค/การบาดเจ็บ (DOCTOR CERTIFICATE) 3) สำเนาบัตรประชาชน / สำเนาหนังสือเดินทาง และรับรองสำเนาถูกต้อง (CERTIFIED TRUE COPY OF ID CARD OR PASSPORT) 4) สำเนาบัตรสมาชิกนาวิกฯ (COPY OF NAVAKIJ MEMBER CARD) 5) สำเนาน้ำบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์, กระแสเงินสดเท่านั้น) (COPY OF BANK ACCOUNT)