



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, ลักษณะการเกิดเหตุหรือสาเหตุโดยสังเขป (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 การปรึกษาหรือการรักษา ประวัติทางการแพทย์และผลการตรวจวินิจฉัย ใบสั่งยา และ/หรือสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาล และ/หรือสถานพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามข้อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง 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) สำเนาบัตรสมาชิกนวกิจฯ (COPY OF NAVAKIJ MEMBER CARD) 5) สำเนาน้ำบัญชีธนาคาร (เฉพาะออมทรัพย์, กระแสเงินสดเท่านั้น) (COPY OF BANK ACCOUNT)