

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

**ส่วน 1 ข้อมูลแสดงตนของผู้เอาประกัน / ผู้รับผลประโยชน์ (CUSTOMER INFORMATION)**

นาย (Mr.)    นาง (Mrs.)    นางสาว (Miss.)    ค.ช. (Master)    ค.ญ. (Miss)

ชื่อ-นามสกุล (Name-Surname)..... วัน/เดือน/ปีเกิด(Date of Birth).....

เลขที่บัตรประชาชน (ID Card No.) /  เลขที่หนังสือเดินทาง (Passport No.).....

สัญชาติ (Nationality)..... อาชีพ (Occupation) ..... สถานที่ทำงาน/บริษัท (Workplace/Company).....

**ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address)**

.....  
 .....

โทรศัพท์ (Telephone)..... โทรศัพท์มือถือ (Mobile)..... อีเมล (E-mail) .....

**รายละเอียดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าสินไหม ( Bank account details )**

ชื่อบัญชี (Account name).....ชื่อธนาคาร (Bank name).....เลขที่บัญชี (Account No.).....

**ส่วน 2 ข้อมูลการเรียกร้อยสินไหม (CLAIM INFORMATION)**

เลขที่กรมธรรม์ (Policy No.) .....วันที่เจ็บป่วย /วันที่เกิดเหตุ (Date of Illness / Accident).....

เวลาที่เกิดเหตุ (Time) ..... สถานที่เกิดเหตุ ( Place).....

ระบุโรค, การเจ็บป่วย, การบาดเจ็บ, การเสียชีวิต / อาการ,ลักษณะการเกิดเหตุหรือสาเหตุโดยสังเขป

(Illness, Injury, Death/ Symptom, Brief details of how accident occurred)

.....

การเจ็บป่วย,บาดเจ็บ,การเกิดเหตุครั้งนี้ ท่านเคยเข้ารับการรักษาที่อื่นใดมาก่อนหรือไม่

(As a result of this illness or accident, Have you ever received any prior treatment ?)    ไม่เคย (No)    เคย (Yes) 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).....

ท่านเรียกร้อยสินไหมจากประกันภัยบริษัทอื่นร่วมด้วยหรือไม่ (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.....

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ ที่เกี่ยวกับการป่วย/บาดเจ็บ/เสียชีวิต การรักษาหรือการรักษาระยะทางการแพทย์และผลการตรวจวินิจฉัย ใบสั่งยา และ/หรือสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและ/หรือสถานพยาบาลทั้งหมดต่อ **บริษัท นาวิกประกันภัย จำกัด (มหาชน)** ตามชื่อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท ๑ อนึ่ง สำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าใบเสร็จรับเงินที่ส่งเรียกร้อยสินไหมทุกฉบับเป็นต้นฉบับจริง และข้าพเจ้าขอยืนยันว่ายังไม่เคยตั้งเบิกจากกรมธรรม์หรือสิทธิใด ๆ สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้สำรองจ่ายไป

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. I hereby certify that every receipt submitted is truly an original and I confirm that I have never reimbursement the claim amount with other insurance policy or other right that I entitled to.

ลงชื่อ .....ผู้เอาประกันภัย / ผู้รับผลประโยชน์

ลงชื่อ .....พยาน

Signed.....The Insured person / The Beneficiary

Signed.....Witness

วันที่ (Date) .....

วันที่ (Date).....

