

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 ท่านเคยได้รับการรักษาที่อื่นใดมาก่อนหรือไม่

(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.....

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ ที่เกี่ยวกับการป่วย/บาดเจ็บ/เสียชีวิต การปรึกษาหรือการรักษา ประวัติทางการแพทย์และผลการตรวจวินิจฉัย ใบสั่งยา และ/หรือสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและ/หรือสถานพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท นาวิกประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามชื่อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท ๑ นั้นๆ สำหรับมอบอำนาจนี้ให้ถือว่าผม/ฉันได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าไม่เรียกร้องเงินที่ส่งเรียกร้อยสินไหมทุกฉบับเป็นต้นฉบับจริง และข้าพเจ้าขอยืนยันว่ายังไม่เคยตั้งเบี่ยงจากกรมธรรม์หรือสิทธิใด 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.

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้รับผลประโยชน์

ลงชื่อพยาน

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

Signed.....Witness

วันที่ (Date)

วันที่ (Date).....