นวกิจ ประกันภัย

อนาคตที่มั่นคง ด้วยประกันที่มั่นใจ

แบบเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพและอุบัติเหตุ / ข้อมูลแสดงตน

HEALTH AND ACCIDENTAL CLAIM / CUSTOMER INFORMATION FORM

ส่วน 1 ข้อมูลแสดงตนของผู้เอาประกัน / ผู้รับผลประโยชน์ (CUSTOMER INFORMATION)

☐ นาย Mr. ☐ นาง Mrs. ☐ นางสาว Miss. ☐ ด.ช. Master ☐ ด.ญ. Miss

ชื่อ/นามสกุล (Name/Surname)……..วันเดือนปี เกิด(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)……..……... อีเมล์(E-mail) ……..……

รายละเอียดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าสินไหม (Bank account details)

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

ส่วน 2 ข้อมูลการเรียกร้องสินไหม (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 symtom onset)……../……..วันที่รักษาล่าสุด(Date of the last visit)……

ท่านเรียกร้องสินไหมจากประกันภัยบริษัทอื่นร่วมด้วยหรือไม่ (Would you like to claim togerther with the other insurance?) ☐ ไม่มี (No) ☐ มี (Yes, please specify)

ชื่อบริษัท(Company name)……...เลขกรมธรรม์ (Policy No.)……ประเภทของประกันภัย Type of Insurance……

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการป่วย/บาดเจ็บ/เสียชีวิต การปรึกษาหรือการรักษา ประวัติทางการแพทย์และผลการตรวจวินิจฉัย ใบสั่งยา และ/หรือสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและ/หรือสถานพยาบาลทั้งหมดต่อ **บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน)** ตามชื่อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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

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

วันที่ (Date) …….....

ลงชื่อ ……พยาน

Signed……..……..Witness

วันที่ (Date)……..……...