

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) อีเมล (E-mail)

รายละเอียดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าสินไหม (Bank account details)

ชื่อบัญชี (Account name)

ชื่อบัญชี (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 ท่านเคยเข้ารับการรักษาก่อนหรือไม่ (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)

วันที่รักษาก่อนครั้งแรก/วันที่เริ่มมีอาการ (Date of the first visit/ Date of symptom onset)/.....

วันที่รักษาล่าสุด (Date of the last visit)

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)

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เปิดเผยประวัติการตรวจรักษา หรือรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจสุขภาพ ให้แก่ บริษัท นาวิกประกันภัย จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท นาวิกประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัทฯเป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง ข้าพเจ้ามอบอำนาจนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าไม่ได้รับเงินที่ส่งเรียกร้องสินไหมทุกฉบับเป็นต้นฉบับจริง และข้าพเจ้าขอยืนยันว่ายังไม่เคยตั้งเบิกจากกรมธรรม์หรือสิทธิใด ๆ สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้สำรองจ่ายไป

I hereby give consent to the attending physician(s) or hospital(s) or any medical center(s) that has or had provided me/an injured person/a sick person with medical treatment to disclose the medical treatment history or other details pertaining to the treatment and health check result to **The Navakij Insurance Public Company Limited**, and I authorize **The Navakij Insurance Public Company Limited** or agent of the Company to act as a legal authorized person to proceed and contact to receive the aforementioned medical history from attending physician(s) or hospital(s) or any medical center(s) that has or had provided me/an injured person/a sick person with medical treatment or health checkup as if they were my own actions in all respects. 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

The Insured person / The Beneficiary Signature

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

Date

()

ลงชื่อพยาน

Witness Signature

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

Date