

แบบเรียกร้อยสินไหมทดแทนสุขภาพและอุบัติเหตุ / 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).....ชื่อธนาคาร (Bank name).....เลขที่บัญชี (Account No.).....

ส่วน 2 ข้อมูลการเรียกร้อยสินไหม (CLAIM INFORMATION)

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

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

ระบุ โรค, 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 symtom onset)...../.....วันที่รักษาครั้งสุดท้าย(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 มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการป่วย/บาดเจ็บ/เสียชีวิต การปรึกษาหรือการรักษา ประวัติทางการแพทย์และผลการตรวจวินิจฉัย ใบสั่งยา และ/หรือสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและ/หรือสถานพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามชื่อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ หนึ่ง 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.

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย / ผู้รับผลประโยชน์

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

วันที่ (Date)

ลงชื่อพยาน

Signed.....Witness

วันที่ (Date).....