

แบบเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันภัยโควิด 2019

COVID 2019 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).....วันเดือนปีเกิด(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)..... อีเมลล์(E-mail)

รายละเอียดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าสินไหม (Bank account details)

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

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการป่วย/บาดเจ็บ/เสียชีวิต การปรึกษาหรือการรักษา ประวัติทางการแพทย์และผลการตรวจวินิจฉัย ใบสั่งยา และ/หรือสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและ/หรือสถานพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามชื่อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ หนึ่ง สำเนาใบมอบอำนาจนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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	ลงชื่อ	พยาน
Signed.....	The Insured person / The Beneficiary	Signed.....	Witness
วันที่ (Date)		วันที่ (Date).....	

ส่วน 2 ส่วนของแพทย์ที่ทำการรักษา (กรณีบริษัทฯไม่ได้รับรองค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาลคู่สัญญา)

เข้ารับการรักษาโรคโควิด 19 แบบผู้ป่วยในวันที่.....ถึงวันที่.....รพ..... Vital sign T.....

BP.....P..... RR.....O2 sat.....BMI.....Weight.....Height:.....Age.....

ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการเข้ารับการรักษาตัวใน โรงพยาบาล, Hospitel หรือ โรงพยาบาลสนาม ของผู้ป่วยรายนี้

.....

ลงชื่อ.....	แพทย์เจ้าของไข้/โรงพยาบาล.....	ประทับตรา
เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....		โรงพยาบาล
วันที่ (Date)		

หมายเหตุ เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลและเพียงพอต่อการพิจารณาการคุ้มครอง ประทับตราโรงพยาบาล