

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).....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 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).....  
วันที่รักษาล้างแรก / วันที่เริ่มมีอาการ ( Date of the first visit/ Date of symtom 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.....

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับ  
การป่วย/บาดเจ็บ/เสียชีวิต การปรึกษาหรือการรักษา ประวัติทางการแพทย์และผลการตรวจวินิจฉัย ใบสั่งยา และ/หรือสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและ/  
หรือสถานพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท นวกิจประกันภัย จำกัด (มหาชน) ตามชื่อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผล  
ใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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).....