

**แบบเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันภัยโควิด 2019**
**COVID 2019 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).....

 รับการรักษาพยาบาลโดย  โรงพยาบาล  โรงพยาบาลสนาม  Hospitel  Home Isolation/Community Isolation

เลขที่กรมธรรม์ .....

**ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address)**

.....

.....

โทรศัพท์(Telephone)..... โทรศัพท์มือถือ(Mobile)..... อีเมลล์(E-mail) .....

**รายละเอียดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าสินไหม ( Bank account details )**

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

**เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหม ( Claims supporting documents)**

- ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง หรือ ฉบับสำเนา (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล)
- ผลตรวจแสดงการติดเชื้อโควิด 19 RT-PCR Covid
- สำเนาบัตรประชาชน ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีของผู้เอาประกัน ลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง เพื่อใช้ในการรับค่าสินไหมแบบโอนเงิน
- ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลฉบับ (กรณีสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล)
- ประวัติการรักษาพยาบาลทั้งหมด
- แบบสอบถามความคิดเห็นแพทย์ ที่มีแพทย์เจ้าของไข้ลงลายมือชื่อและประทับตราโรงพยาบาล

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

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

วันที่ (Date) .....

ลงชื่อ .....พยาน

Signed.....Witness

วันที่ (Date).....

## แบบสอบถามความคิดเห็นแพทย์ (สำหรับผู้ป่วยในเท่านั้น)

วันที่.....

เรื่อง สอบถามความคิดเห็นแพทย์

เรียน แพทย์เจ้าของไข้

โรงพยาบาล.....

ชื่อผู้ป่วย .....เข้ารับการรักษาวันที่.....โรคโควิด 19

ขอความเห็นแพทย์เจ้าของไข้ โปรดระบุข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาตัวผู้ป่วยโควิด 19

1. ระบุ Vital sign T..... BP:..... P:..... RR..... O2 sat:.....

BMI.....Weight :.....Height:.....อายุ.....

2. ประเมินทางการแพทย์ ผู้ป่วยโควิดรายนี้ จัดอยู่ในระดับใด เขียว / เหลือง /แดง ผู้ป่วย Admit ที่ไหน

.....  
.....

3. สอบถามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการเข้ารับการรักษาตัวในรพ. หรือ Hospitel ของผู้ป่วยรายนี้

ไม่มีข้อบ่งชี้

มีข้อบ่งชี้ กรุณาระบุเหตุผลอ้างอิงความจำเป็นทางการแพทย์ตามมาตรฐานทางการแพทย์เท่านั้น

.....  
.....

4. ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติโรคประจำตัวหรือไม่หากมีรบกวนระบุความเสี่ยง/ความรุนแรงของโรคหรือการเปลี่ยนแปลง

.....  
.....

\*\* หมายเหตุ รบกวนแนบผล X-ray OPD Card และ ฟอรัมปรอท เพิ่มเติม \*\*

(ประทับตราโรงพยาบาล)

ลงชื่อ.....แพทย์เจ้าของไข้

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์.....