

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุ

- ค่าชดเชยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล (อุบัติเหตุ) ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง
 ค่าชดเชยการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง สูญเสียอวัยวะ เสียชีวิต

1. ชื่อ/สกุล ของผู้เอาประกันภัย..... เพศ..... อายุ..... ปี
หมายเลขบัตรประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง..... วันเดือนปีเกิด...../...../..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....
.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรสาร..... โทรศัพท์ที่บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ.....
เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่..... เลขที่อ้างอิง.....

2. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ICU อื่นๆ
2.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารับรักษา...../...../..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล...../...../.....
2.2 อาการเจ็บป่วย.....
2.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....
2.4 ท่านเคยได้รับการรักษา/ วินิจฉัยด้วยสาเหตุ/ อาการ/ โรค เดียวกันนี้มาก่อนหรืออย่างไร.....
ถ้าเคย กรุณาระบุโรงพยาบาล..... วันที่...../...../..... รักษาโดย การฉายยา การผ่าตัด นัดตรวจเพิ่มเติม
2.5 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาระหว่างรักษาอยู่ในโรงพยาบาล.....
2.6 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....
2.7 ได้รับการรักษาโรคโดย การฉายยา การผ่าตัด (ระบุ)..... (อื่น ๆ) (ระบุ).....

3. กรณีที่มีการรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ: เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/การรักษาพยาบาล กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้
3.1 สถานที่เกิดเหตุ..... วันที่เกิดเหตุ...../...../..... เวลา.....
3.2 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุอย่างละเอียด).....
.....
3.3 ชื่อผู้แจ้งเหตุการณ์..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
3.4 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ.....
3.5 วิธีการรักษา.....
3.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา...../...../.....
3.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา.....
3.8 มีการแจ้งความหรือไม่ ไม่มี มี ณ สถานีตำรวจ..... เมื่อวันที่...../...../.....
3.9 วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย.....
3.10 ได้รับการตรวจตามวิธีต่อไปนี้หรือไม่ เอ็กซเรย์ ตรวจหัวใจ ตรวจเลือด อื่น ๆ (ระบุ).....
3.11 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด)

4. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีการตั้งครรภ์หรือไม่..... อายุครรภ์..... สัปดาห์
5. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น หรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์.....
6. ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมโดย <input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใด ๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า) ประเภทบัญชี : <input type="checkbox"/> ออมทรัพย์ <input type="checkbox"/> กระแสรายวัน ชื่อธนาคาร..... สาขา..... ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี..... ***พร้อมนี้ให้ถ่ายสำเนาสมุดคู่ฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วย***

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีการบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วย หรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ไอแคร์ ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่าผมผลบังคับได้ตามกฎหมายและสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

(.....)

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ.....(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

เอกสารพื้นฐานที่ใช้ประกอบการพิจารณา

- 1. สำเนากรมธรรม์ประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
- 2. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
- 3. ใบรับรองแพทย์ (ต้นฉบับ)
- 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรประจำตัวข้าราชการ หรือสำเนาหนังสือเดินทาง รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
- 5. สำเนาทะเบียนบ้านเกี่ยวกับคดี ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ/ รายงานการตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดจากสถาบันนิติเวช/ ผลการตรวจชิ้นเนื้อ (ถ้ามี)

เอกสารเพิ่มเติมที่ใช้ประกอบการพิจารณา

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ชดเชยรายได้ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล

- สำเนาใบเสร็จรับเงินและใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล
รับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์การเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ

กรณีเรียกร้องผลประโยชน์ชดเชยโรคภัยเรื้อรัง

- สำเนาใบขึ้นสูตรศพพลิกศพและสำเนาใบมรณะบัตรและหนังสือรับรองการตาย
- สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์

- ผลตรวจชิ้นเนื้อ/ CT Scan/ X-Ray/ LAB
- ประวัติการรักษาและผลตรวจอื่นๆ ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค