แบบฟอร์ม: การเรียกร้องค่าสินไหมชดเชย

FWD insurance

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย

ชื่อ - นามสกุล.....กรมธรรม์เลขที่.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....เพศ.....

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ อื่นๆ.....เลขที่.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....

.....

เบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม.....

ไม่พลาดทุกสถานะเคลม อัปเดตเบอร์โทรศัพท์และอีเมล เพื่อรับ SMS และอีเมลแจ้งความคืบหน้าและผลพิจารณาได้ที่นี่ สแกนเลย

รับเงินค่าสินไหมเร็วขึ้นผ่านบัญชีธนาคาร

☐ โอนเข้าบัญชีเดิมที่เคยได้รับเงินโอนค่าสินไหมแล้ว

☐ โอนเข้าบัญชีใหม่ (ชื่อบัญชีตรงกับชื่อ-สกุลของเจ้าของกรมธรรม์ และเป็นบัญชีออมทรัพย์หรือกระแสรายวันเท่านั้น)

บัญชีธนาคาร.....สาขา.....บัญชีเลขที่.....

สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้เนื่องจาก

☐ เจ็บป่วย อาการ.....

อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาครั้งนี้.....

สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนที่จะได้รับการรักษาครั้งนี้.....วันที่เข้ารักษา.....

☐ อุบัติเหตุ กรุณาระบุข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

1. วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น.
2. สถานที่เกิดเหตุ.....
3. สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ และลักษณะการบาดเจ็บ / บาดแผล (โดยละเอียด).....

.....

4. มีการแจ้งความไว้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือไม่

☐ ไม่ได้แจ้ง สาเหตุเนื่องจาก.....

☐ แจ้งเมื่อวันที่.....ที่สถานีตำรวจ.....จังหวัด.....(กรุณาแนบสำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ)

5. กรุณาระบุชื่อบริษัทประกันภัยอื่นที่ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี).....

ข้อมูลการรักษา กรุณาระบุอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เป็นเหตุของการเรียกร้องสินไหมและสถานที่เข้ารับการรักษา

อาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย	ชื่อแพทย์ และ โรงพยาบาล / สถานพยาบาล / คลินิก	วันที่รับการรักษา / ระยะเวลาที่รักษา

การมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และโดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือผู้มีอำนาจหน้าที่ของบริษัทฯ ดำเนินการให้ แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันภัย หรือองค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใดทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีบันทึก หรือเรื่องราวที่เกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้า เปิดเผยรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรคต่างๆ รวมทั้งประวัติการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่นๆ ของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัทฯ รวมถึงความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวมใช้ ปรับปรุง เปิดเผย และการดำเนินการอื่นใด กับข้อมูลดังกล่าวได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับโดยสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

นอกจากนี้ ข้าพเจ้ารับทราบและขอยืนยันการเข้าร่วมในการใช้บริการการรักษาพยาบาลโดยวิธีโทรเวชกรรม **(telemedicine)** โดยเมื่อข้าพเจ้าบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยและมีสิทธิได้รับผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก เมื่อบริษัทฯได้จ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสำหรับการตรวจรักษาและค่ายาเนื่องจากการรักษาพยาบาล โดยวิธีโทรเวชกรรม (telemedicine) ดังกล่าวแล้ว ให้ถือเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

(.....)

ความสัมพันธ์.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ ท่านจะต้องชำระค่าธรรมเนียมการกรอกแบบฟอร์มของแพทย์ด้วยตนเอง

ข้อควรทราบ: ผู้ใดโดยทุจริตหลอกลวงบริษัทประกันภัย หรือผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จหรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้งและโดยการหลอกลวงดังว่านั้นได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากบริษัทประกันภัยที่ถูกหลอกลวงนั้น หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้บริษัทประกันภัยที่ถูกหลอกลวงนั้นหรือบุคคลที่สาม ทำถอน หรือ ทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกงซึ่งความผิดในทางอาญาต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสตหนึ่ง ตามประมวลกฎหมายอาญา หมวด 3 ความผิดฐานฉ้อโกง มาตรา 341

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29
ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 W fwd.co.th

แบบฟอร์ม: การเรียกร้องค่าสินไหมชดเชย

FWD insurance

ส่วนนี้กรอกโดยแพทย์ผู้ตรวจรักษา ซึ่งกรอกข้อความต่างๆ ลงในแบบฟอร์มนี้จะต้องเป็นแพทย์ปริญญา และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

Patient's Name :.....Age :.....years Sex : ☐ Male ☐ Female

ID No.....H.N.#.....A.N.#.....

Date admitted.....Time.....Date discharged.....Time.....

1. **For Illness**

   A. Date you first saw this patient for this symptom / illness :.....

   B. Chief complaint and duration of symptom(s) :.....

2. **For Accident**

   A. Date & time of accident : Date :.....Time :.....

   B. Cause of accident :.....

   C. Details of accident :.....

   D. Did you smell alcohol from the patient? ☐ No ☐ Not known ☐ Yes, blood alcohol test (if any) =.....mg%

   E. Level of consciousness ☐ Full Consciousness ☐ Confusion ☐ Drowsiness ☐ Semi-coma ☐ Coma

3. Did the patient need to be admitted to hospital ☐ No ☐ Yes, indication for admission :.....

.....

4. Vital signs : T..... P..... R..... BP.....

5. Pertinent clinical findings (Signs & Symptoms) .....

6. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.).....

.....

7. HIV Test ☐ No ☐ Yes Date.....Result.....

8. Underlying disease :.....

9. Diagnosis : .....ICD10-TM :.....

10. Treatment given (such as number of stitches, medical given, physiotherapy, etc.)

    (a).....

    (b) Surgery performed :.....ICD9-CM : .....

    Anesthesia Type : ☐ General Anesthesia ☐ Spinal Anesthesia ☐ Local Anesthesia ☐ Others.....

    Pathology result.....

    Surgeon's Name.....Date of Operation.....

    (c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion ☐ No ☐ Yes, please give detail .....

11. Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? ☐ No ☐ Yes, please specify.....

12. To the best of your knowledge, please give details of all consultations of serious disorders of the patient in the past.

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor / Hospital's Name

13. For Female: Was she pregnant around the time of treatment? ☐ No ☐ Yes.....Weeks (LMP : .....)

    Was the treatment relate to infertility? ☐ No ☐ Yes.....

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.

Stamp Hospital Seal

Signed by.....Physician Date.....

(.....)

License No.....

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสตหนึ่ง ตามประมวลกฎหมายอาญา หมวด 3 ความผิดเกี่ยวกับเอกสาร มาตรา 269