บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 28 และ 29 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. (66) 2632 6000 เลขทะเบียนนิติบุคคล 0107555000546

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมชดเชย

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย

ชื่อ - นามสกุล .....

◯ บัตรประจำตัวประชาชน ◯ อื่น ๆ ..... เลขที่ .....

ท่านต้องการรับเงินค่าสินไหม โดยจ่ายเป็น ◯ เช็ค ◯ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร .....

สาขา ..... เลขที่บัญชี ..... ชื่อบัญชี .....

(ในกรณีที่แจ้งโอนเงินเป็นครั้งแรก ขอให้ท่านแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชี กรณีไม่แนบเอกสารสำเนาหน้าสมุดบัญชีบริษัทจะจ่ายค่าสินไหมโดยจ่ายเป็นเช็คแทน)

มีการเปลี่ยนแปลงที่อยู่หรือไม่ ◯ ไม่มี ◯ มี กรุณาแจ้งที่อยู่ปัจจุบัน .....

.....

โทรศัพท์บ้าน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมล์ .....

คำรับรองและการมอบฉันทะ:

1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ตอบคำถามข้างต้นตามจริง
2. ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งถึงการเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษาใบสั่งยาหรือการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้าต่อ บริษัทเอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ ได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

(ลงชื่อ) ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้มีสิทธิ์ตามกรมธรรม์

วันที่ .....

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหม

- ใบรับรองแพทย์
- ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ

ยื่นหลักฐานเอกสารการเรียกร้องสินไหม โดย

- ส่งผ่านตัวแทนผู้ให้บริการของท่าน หรือ
- ยื่นผ่านที่เคาน์เตอร์บริการ สำนักงานใหญ่หรือสาขาของบริษัทฯ ทุกแห่งทั่วประเทศ หรือ
- จัดส่งทางไปรษณีย์ จ่าหน้าซองถึง

" ฝ่ายสินไหม บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) อาคารสินธร ทาวเวอร์ 3 ชั้น 14 , 130-132
ถ. วิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 "

ข้อควรทราบ : ผู้ใดโดยทุจริตหลอกลวงบริษัทประกันภัย หรือผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จหรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้งและ โดยการหลอกลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากบริษัทประกันภัยที่ถูกหลอกลวงนั้น หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้บริษัทประกันภัยที่ถูกหลอกลวงนั้นหรือบุคคลที่สาม ทำถอน หรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกงซึ่งความผิดในทางอาญาต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสตหนึ่ง ตามประมวลกฎหมายอาญา หมวด 3 ความผิดฐานฉ้อโกง มาตรา 341

หมายเหตุ ท่านจะต้องชำระค่าธรรมเนียมการกรอกแบบฟอร์มของแพทย์ด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 ความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้ตรวจรักษาซึ่งกรอกข้อความต่าง ๆ ลงในแบบฟอร์มนี้จะต้องเป็นแพทย์ปริญญา และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

Patient's Name ..... Age : ..... years Sex : ◯ male ◯ female

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

Date admitted ..... Time ..... Date discharged ..... Time ..... Total days admitted .....

1. For Illness

   A. How long had the patient experienced these symptoms? ..... days / weeks.

   B. How long do you feel the symptoms had been previously experienced? ..... days / weeks.

2. For Accident

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

   B. Cause of accident : .....

   C. Was the patient under the influence of alcohol at the first time he / she came to the hospital? ◯ No ◯ Yes .....

   D. The latest symptoms you saw the patient .....

3. Date first saw the patient for this illness / injury : .....

4. Chief complaint / symptoms & signs : .....

5. Present Illness / Detail of Injury : .....

6. Investigation / Laboratory reports : .....

7. HIV test ◯ No ◯ Done Date ..... Result .....

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

   (a) .....

   (b) Surgery performed : .....

   Pathology result .....

   Surgeon's Name .....

   Date of Operation .....

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

9. Diagnosis : .....

10. Indication for admission : .....

11. Prognosis : .....

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 related to infertility ? ◯ No ◯ Yes .....

14. Other comments about this injury / illness .....

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.

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

(.....)

(Stamp hospital seal) License No. .....

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