



ใบเรียกร้องค่าชดเชย กรณีบาดเจ็บ / เจ็บป่วย Claim Form for Injury / Illness

วันที่ (Date).....

ตามสัญญาประกันภัยเลขที่.....
According to the insurance contract No.

มีความประสงค์เรียกร้องค่าชดเชยจากบริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามข้อมูลที่แจ้งเพื่อพิจารณา ดังนี้
I hereby express intention to claim compensation from Muang Thai Life Assurance Public Company Limited with the following information for consideration.

1. ชื่อ - สกุล ผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วย..... Name - last name of patient	อายุ (ปัจจุบัน)..... ปี Age (present)..... years old
ที่อยู่ปัจจุบัน..... Present address	
สถานที่ทำงาน..... Business address	อาชีพ / ลักษณะงาน..... Occupation / Job description
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (บริษัทฯ สงวนสิทธิ์แจ้งข้อมูลผ่านหมายเลขโทรศัพท์เพียง 1 หมายเลขเท่านั้น) Mobile phone no. (The Company reserves the right to send information to only 1 mobile phone no.)	
บริษัท จะบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวเพื่อใช้ในการติดต่อและแจ้งสิทธิประโยชน์ต่างๆ จนกว่าท่านจะมีการเปลี่ยนแปลงมายังบริษัท The Company will keep the mobile phone no. on record to contact and notify privileges until you notify changes to the Company. โปรดระบุความประสงค์ของท่าน Please specify your intention.	
<input type="checkbox"/> บันทึกหมายเลขโทรศัพท์เฉพาะเลขที่สัญญาประกันภัยที่ระบุข้างต้น Keep mobile phone no. on record for the insurance contract no. stated above.	
<input type="checkbox"/> บันทึกหมายเลขโทรศัพท์สำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน Keep mobile phone no. on record for all insurance contracts.	
ทั้งนี้ หากท่านไม่ระบุ บริษัท ขอสงวนสิทธิ์บันทึกหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าวสำหรับทุกสัญญาประกันภัยของท่าน If you do not specify your intention, the Company reserves the right to keep the mobile phone no. on record for all of your insurance contracts.	
2. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา..... Name of hospital/clinic treated	จังหวัด..... โทร. Province Tel.
3. (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) In case of accident	
1) วันที่เกิดเหตุ..... เวลา น. การแจ้งความ <input type="checkbox"/> มีแจ้งความที่..... <input type="checkbox"/> ไม่มี Date of Accident Time hrs. Any police report Yes, please specify No	
2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น..... Cause of accident	
3) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่	Date admitted Date discharged
(ข) กรณีเจ็บป่วย (b) In case of illness	
1) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่	Date admitted Date discharged
4. สิทธิได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น <input type="checkbox"/> มี โปรดแจ้งรายละเอียด..... <input type="checkbox"/> ไม่มี Are you eligible for compensation from other company? Yes, please specify No	
5. วิธีการรับเงินค่าชดเชย <input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีธนาคารที่ได้รับไว้กับบริษัทเท่านั้น Claim payment collection Transfer to the bank account given to the Company only.	
<input type="checkbox"/> รับที่สำนักงานใหญ่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) Receive at the Head Office of Muang Thai Life Assurance Public Company Limited	
<input type="checkbox"/> รับที่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขา..... Receive at Muang Thai Life Assurance PCL, Branch	
<input type="checkbox"/> ส่งผ่านตัวแทน (Via agent) ชื่อ (Name)..... สังกัด (Team/Department).....	
<input type="checkbox"/> ส่งทางไปรษณีย์ตามที่อยู่ปัจจุบันหรือ ตามที่อยู่ดังนี้..... Direct mail to current address or the following address	
<input type="checkbox"/> ขอรับผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสที่ร้าน 7-Eleven (ไม่เกิน 10,000 บาท) โดยแจ้งข้อมูลรหัสรับเงินผ่านทางโทรศัพท์มือถือ หมายเลข..... Counter Service at 7-Eleven stores (Not exceed 10,000 Baht), please specify mobile phone no. to receive OTP.	

ถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา Declaration and Authorization of Medical History Disclosure

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษา หรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เปิดเผยประวัติการตรวจรักษาหรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจสุขภาพ ให้แก่บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้ายอมมอบอำนาจให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัทฯ เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น จากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปภาพหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ ให้ถือว่ามียผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

Wish this letter, I hereby give consent to the attending physician(s) or hospital(s) or any clinic(s) that has or had provided me/an injured person/a sick person with medical treatment to disclose the medical treatment history or other details pertaining to the treatment and health check result to Muang Thai Assurance Public Company Limited, and I authorize Muang Thai Life Assurance Public Company Limited or agent of the Company to act as legal representative to proceed and contact to receive the aforementioned medical history from attending physician(s) or hospital(s) or any clinic(s) that has or had provided me/an injured person/a sick person with medical treatment as if they were my own actions in all respects. A photocopy or copy of this authorization is regarded as equally effective and complete as the original.

ลงชื่อ..... (ผู้เอาประกันภัย / ผู้แทนโดยชอบธรรม)
Sign (Insured/Legal representative)

ลงชื่อ..... (พยาน)
Sign (Witness)

ลงชื่อ..... (พยาน)
Sign (Witness)

หมายเหตุ กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน

Remark In case of signing by fingerprint, signatures of 2 witnesses must be completely provided.

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา
Attending Physician's Report

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ
Attending physician issuing this report has to be a certified and licensed physician. In case of any fee occurring, the insured shall be responsible.

Patient's Name.....Age: years Sex: <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female ID No.H.N.#A.N.# X.N.# Date admitted.....Time Date discharged Time
1. CHIEF COMPLAINT:
2. FOR ILLNESS A. How long had the patient experienced the symptoms?..... days/weeks/years. B. How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation?..... days/weeks/years. C. Did you advise the patient to be admitted to the hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Indication for admission.....
3. FOR ACCIDENT A. Date & time of accident: Date: Time: B. Cause of accident: C. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
4. Date you first saw the patient for this illness / injury: 5. (a) Present illness / Details of injury : (b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs)..... 6. (a) Pertinent lab / investingations : (b) HIV Test <input type="checkbox"/> Yes, result..... <input type="checkbox"/> No
7. Diagnosis 1 ICD 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Diagnosis 2 ICD 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Diagnosis 3 ICD 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Diagnosis 4 ICD 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Including principle underlying condition and complication)
8. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.): (b) Operation : ICD 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pathology report : Surgeon's Name.....SpecialtyDate performed : (c) Diagnosis and treatment by other physicians in the same occasion <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please give detail
9. (a) Result of Treatment : <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor (b) Possibility of recurrence? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 10.(a) Date of the last treatment / Follow up : (b) The patient's symptoms at the time of your last consultations / examination ? 11.Was the patient referred to you by other physician(s)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Physician : Clinic / Hospital :

12. Was the injury /illness contributed to or influenced by and of the following (eg. Pre existing weakness of extended period of disability)?

- a) Physical defects / congenital anomaly No Yes
- b) Unfavorable past medical history No Yes
- c) Degenerative change(s) No Yes
- d) A family history that increase the probability or severity of this disease No Yes
- e) Physician's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increased risk? No Yes
- f) Alcohol or drugs No Yes

If the answer is "yes", please specify

13. Other past medical history :

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Physician /Hospital

14. For Female : Was the patient pregnant at the time of treatment ? No Yesweeks (LMP:)
: Was the treatment related to infertility ? No Yes

15. Other comments about the 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.

Name of physician.....Specialty.....License No.
Hospital.....address.....Tel. No.

Hospital Stamp

ประทับตรา (สถานพยาบาล)

Signature

Date

ข้อควรทราบ Disclaimer

ผู้ใดในการประกอบกิจการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จโดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง

Whoever, in the pursuance of work in medicine, makes false certified document by manner likely to cause damage to other persons or public people, shall be considered to have committed a criminal offense according to the Criminal Code, and shall be imprisoned for not more than 2 years or fined for not more than 4,000 Baht, or both, according to the Criminal Code, and shall be liable for civil indemnity as well.