



บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
BANGKOK LIFE ASSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

23/115-121 รอよしสื่ออ่าว ณบพพส-รอน 9 เซดห้วยชวาง กรุงทพช 10310
ตักตอสักนักวางใหญ่ Ins. 0 2777 8000 Inสาส 0 2777 8899
Call Center 0 2777 8888 www.bangkoklife.com

(กรมการกรายละเอียดให้ครบถ้วน)

วิธีการจัดส่งเอกสาร และค่าสินไหมทดแทน

- ส่งกลับตัวแทน.....สังกัดหน่วย/สาขา.....
- ส่งกลับผู้เอาประกันโดยตรง
- โอนเงินเข้า ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) บัญชีผู้เอาประกัน ชื่อบัญชี.....
เลขที่บัญชี.....สาขา.....

ใบเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลรายวันและประกันภัยสุขภาพ หรือการประสบอุบัติเหตุ
(โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและใบหน้าบสรูปรายการค่ารักษาพยาบาล)

ก. กรณีประสบอุบัติเหตุ

- 1. (ก) ชื่อผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....ปี
(ข) ที่อยู่.....
(ค) อาชีพ.....
 - 2. ข้าพเจ้าถือกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบ.....เลขที่กรมธรรม์.....
 - 3. วัน เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ.....
 - 4. สถานที่เกิดเหตุ.....
 - 5. รายละเอียดของเหตุที่เกิดขึ้น.....
.....
 - 6. ความบาดเจ็บที่ได้รับ.....
.....
 - 7. ผู้รู้เห็นเหตุการณ์ (ชื่อและที่อยู่).....
.....
 - 8. ชื่อครุณที่ทำให้เกิดเหตุ (กรณีเกี่ยวกับอุบัติเหตุรถชน โปรดแจ้งชนิดรถ และเลขทะเบียนด้วย)
.....
 - 9. มีการแจ้งความหรือไม่ (ถ้ามีโปรดแจ้งสถานที่ ผู้รับแจ้งเลขบันทึกประจำวันทางคดี ถ้าไม่มีโปรดแจ้งเหตุผล)
.....
 - 10. สถานที่ทำการรักษา.....
 - 11. ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล/สถานพยาบาล ตั้งแต่วันที่.....
..... ถึง.....
 - 12. ขณะนี้ต้องทำการรักษาอย่างไร.....
 - 13. เคยเรียกร้องค่าทดแทนหรือค่ารักษาพยาบาลหรือสุขภาพมาก่อนหรือไม่ เมื่อใด.....
 - 14. ท่านเริ่มประกอบอาชีพตามปกติได้เมื่อใด.....
 - 15. ท่านมีการประกันชีวิตกับบริษัทอื่นหรือไม่ (หากมีโปรดแจ้งเลขที่กรมธรรม์และชื่อบริษัท)
.....
- วันที่.....ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย (พลิก)

ขอมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจไว้ ณ ที่นี้ ให้แก่แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันภัย หรือองค์การสถาบัน หรือบุคคลอื่น ซึ่งมีบันทึกหรือเรื่องราวของข้าพเจ้าหรือที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของข้าพเจ้าในการเปิดเผยรายละเอียดต่างๆ ของข้าพเจ้า เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรคต่างๆ รวมทั้งการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษาการรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่นๆ ของข้าพเจ้าแก่แพทย์ประจำ **บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** สำเนาภาพถ่ายของหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้

วัน เดือน ปี

ลายเซ็นชื่อผู้เอาประกันภัย



FC-CL-002-2

ข. กรณีเจ็บป่วย

1. (ก) ชื่อผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....ปี
(ข) ที่อยู่.....
(ค) อาชีพ.....
2. ข้าพเจ้าถือกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบ.....เลขที่กรมธรรม์.....
3. วันที่เริ่มป่วย.....เวลา.....
4. โรงพยาบาลที่เข้าตรวจรักษา.....
5. เข้าตรวจรักษาเมื่อ.....บัตรคนไข้เลขที่ทั่วไป.....
...../.....ลงวันที่.....
6. แพทย์วินิจฉัยว่าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรค.....
7. โรคที่ข้าพเจ้าป่วยครั้งนี้เคยตรวจรักษามาแล้ว.....ครั้ง เมื่อ
(โปรดระบุวันเดือนปี ที่ตรวจรักษาและโรงพยาบาล/คลินิกที่เข้าตรวจรักษาแต่ละครั้งโดยละเอียด)
.....
.....
8. ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล/สถานพยาบาลเนื่องจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....
.....ถึง.....
(ได้แนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลและค่าห้องพักมาด้วยแล้ว จำนวน.....ฉบับ)
9. ขณะออกจากโรงพยาบาลอาการป่วยหายดีแล้วหรือไม่ หรือยังมีอาการอย่างไร.....
.....
10. แพทย์ได้นัดให้มาตรวจรักษาอีกหรือไม่ เมื่อใด.....
11. เคยเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลหรือสุขภาพมาก่อนหรือไม่ เมื่อใด.....
เกี่ยวข้องกับโรคอะไร.....
12. ท่านได้ประกันความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลหรือสุขภาพกับบริษัทอื่นด้วยหรือไม่ หากมีโปรดแจ้งเลขที่กรมธรรม์และชื่อบริษัท
.....

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย
วันที่.....

(กรุณาให้ผู้เอาประกันภัยลงชื่อในหนังสือมอบอำนาจด้านหน้าด้วย)

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name.....Age :Years Sex : <input type="radio"/> male <input type="radio"/> female ID No.H.N.#.....A.N.#.....X.N.#..... Date admitted.....Time.....Date discharged.....Time.....
1. <u>CHIEF COMPLAINT</u> :
2. <u>FOR ILLNESS</u> : 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="radio"/> No <input type="radio"/> Yes Indication for admission.....
3. <u>FOR ACCIDENT</u> : 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="radio"/> No <input type="radio"/> Yes.....
4. Date 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/Investigations : (b) HIV Test <input type="radio"/> Yes, result..... <input type="radio"/> No
7. Diagnosis 1.....ICD 10 ○○○○○○ Diagnosis 2.....ICD 10 ○○○○○○ Diagnosis 3.....ICD 10 ○○○○○○ Diagnosis 4.....ICD 10 ○○○○○○ (Including principle underlying condition and complication) 8. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.): (b) Operation :ICD 9 ○○○○○○ Pathology report : Surgeon's Name.....Specialty.....Date performed : (c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes, please give detail
9. (a) Result of Treatment : <input type="radio"/> Good <input type="radio"/> Fair <input type="radio"/> Poor (b) Possibility of recurrence? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> 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="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Doctor :Clinic/Hospital :

12. Was the injury/illness contributed to or influenced by any of the following

(eg. Pre-existing weakness or 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 increased the probability or severity of this disease No Yes
- e) Doctor'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	Doctor/Hospital's Name
.....
.....
.....
.....

14. FOR FEMALE : Was the patient pregnant at the time of treatment No Yes.....weeks (LMP:)
: Was the treatment relate 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 opinion as given above.

Name of physician.....Specialty.....License No.

Hospital Name.....Address.....Tel No.

Signature.....Date.....

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบกิจการงานวิชาชีพทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง

การเตรียมเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทน

ค่าชดเชยอุบัติเหตุตามสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยคุ้มครองอุบัติเหตุ (อบ.1, อบ.2, อบ.3)/สัญญาประกันภัยอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA)

1. ใบเรียกร้อง ตามแบบฟอร์มของบริษัท ประกอบด้วย 2 ส่วน

1.1 ส่วนของผู้เอาประกันภัย- ผู้เอาประกันภัย/ผู้ปกครอง กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม

1.2 ส่วนรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา- แพทย์ผู้ทำการรักษา กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม และประทับตราสถานพยาบาล

2. ผลการอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ กรณีที่มีการหัก หรือ แตกร้าวของกระดูก

3. ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลหรือใบสรุปหน้างบบของโรงพยาบาล **ฉบับจริง** กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล **สำเนา** กรณี อบ.1,อบ.2

4. **สำเนา**บันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี /สรุปสำนวนคดี (กรณีการเกิดเหตุที่ต้องมีการแจ้งความ)

ค่ารักษาพยาบาลสุขภาพแบบผู้ป่วยใน (IPD) ตามสัญญาเพิ่มเติมการประกันภัยสุขภาพ (สภ.) ทุกแบบประกัน.

บีแอลเอ เฮลท์พลัส , บีแอลเอ รักษาสุขภาพ, สัญญาประกันสุขภาพกลุ่มเฮลท์เฟิสต์ (Health 1st)

1. ใบเรียกร้อง ตามแบบฟอร์มของบริษัท ประกอบด้วย 2 ส่วน

1.1 ส่วนของผู้เอาประกันภัย- ผู้เอาประกันภัย/ผู้ปกครอง กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม

1.2 ส่วนรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา- แพทย์ผู้ทำการรักษา กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม และประทับตราสถานพยาบาล

2. ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล หรือใบสรุปหน้างบบ ของโรงพยาบาล **ฉบับจริง** กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล **สำเนา** กรณีเรียกร้องค่าชดเชยรายวัน หรือค่าชดเชยรายได้ผู้ป่วยใน

3. **สำเนา**บันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี/สรุปสำนวนคดี (กรณีการเกิดเหตุที่ต้องมีการแจ้งความ)

4. ผลการอ่านฟิล์มเอ็กซเรย์ กรณีที่มีการหัก หรือ แตกร้าวของกระดูก

ค่ารักษาพยาบาลสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก (OPD), ผู้ป่วยนอกพลัส

1. ใบรับรองแพทย์ และ/หรือใบเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล ตามแบบฟอร์มของบริษัท

2. ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล **ฉบับจริง**

เรียกร้องค่าสินไหมโรคร้ายแรง ทุกแบบประกัน (รร.,รร.พลัส,บีแอลเอ ชดเชยมะเร็ง, บีแอลเอ ซูเปอร์แคร์)

1. ใบเรียกร้อง ตามแบบฟอร์มของบริษัท ประกอบด้วย 2 ส่วน

1.1 ส่วนของผู้เอาประกันภัย- ผู้เอาประกันภัย/ผู้ปกครอง กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม

1.2 ส่วนรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา- แพทย์ผู้ทำการรักษา กรอกรายละเอียดพร้อมลงนาม และประทับตราสถานพยาบาล

2. **สำเนา**ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล หรือใบสรุปหน้างบบ ของโรงพยาบาล

3. ผลการตรวจชิ้นเนื้อโดยพยาธิแพทย์

4. แบบสำเนาหลักฐานการรักษาพยาบาลและการวินิจฉัยโรคของแพทย์ (รับรองสำเนาถูกต้องและประทับตราสถานพยาบาล)

หมายเหตุ ❖ กรณีขอรับค่าชดเชยอุบัติเหตุ และ/หรือสุขภาพ จำนวนเงินไม่เกิน 10,000 บาท ต่อการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย 1 ครั้ง ผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสในร้าน 7-Eleven ต้องกรอกรายละเอียดพร้อมลงนามในแบบฟอร์มเพิ่มเติม

❖ เอกสาร/หลักฐานประกอบการเรียกร้องที่เป็นภาษาต่างประเทศ ที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ จะต้องได้รับการแปลเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยหน่วยงานของรัฐหรือสถาบันการแปลภาษาที่ได้รับการรับรอง และถือเป็นค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย

❖ กรณีที่จำเป็นต้องใช้เอกสารอื่น เพิ่มเติมจากที่ได้ระบุไว้ข้างต้น บริษัทจะมีหนังสือแจ้งให้ดำเนินการเป็นกรณีไป

❖ ถ้ามีสิทธิได้รับผลประโยชน์ตามบทบัญญัติของกฎหมาย หรือสวัสดิการอื่น ๆ ให้ส่งรายละเอียดแสดงการได้รับสิทธินั้นๆ หรือส่งสำเนาบัตรต่าง ๆ ที่อ้างอิงการได้รับสิทธิ เช่น บัตรประจำตัวข้าราชการ, บัตรประกันสังคม เป็นต้น

หากมีข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อตัวแทน, สาขาของบริษัท, หรือศูนย์บริการลูกค้า โทร. 02-777-8888

โทรสาร 02-777-8899 www.bangkoklife.com