



MSIG Insurance (Thailand) Co., Ltd.

1908 New Petchburi Road, Bangkapi, Huay Kwang, Bangkok 10310
Tel. (66) 0-2318-8318 0-2319-1199 Fax. (66) 0-2718-1502

บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด

1908 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
www.msig-thai.com

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ประกันภัยอุบัติเหตุโครงการบัตรทอง PA GOLD CARD CLAIM FORM

กรุณากรอกรายละเอียดลงในแบบฟอร์มด้านล่าง เราจะเร่งดำเนินการโดยเร็วเพื่อความพึงพอใจสูงสุดของท่าน
Please complete the claim form below in full. We will process your claim as quickly as possible.

หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด โปรดติดต่อฝ่ายพัฒนาคุณภาพ If you have comments, please contact our Service Quality Department
Tel: (66) 0-2716-6613 E-mail: servicequality@th.msig-asia.com

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอก (For Insured / Injured Person Only)

ชื่อ Name		เลขที่บัตรประชาชน ID Card No.	หมายเลขกรมธรรม์ Policy No.
ที่อยู่ Address		โทรศัพท์ Telephone No.	วันหมดอายุกรมธรรม์ Expiry Date
		อาชีพ / หน้าที่การงาน Occupation / Duties	
วันที่เกิดเหตุ Date of Accident	เวลาที่เกิดเหตุ Time	สถานที่เกิดเหตุ Place of Accident	
ลักษณะของการเกิดเหตุโดยสังเขป Brief details of how accident occurred			
ในกรณีที่ค่ารักษาพยาบาลเกินวงเงินความรับผิดชอบของบริษัท In case of the total medical expense exceeds limit of Company's liability: <input type="checkbox"/> ยินดีชำระค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินโดยตรงกับสถานพยาบาล I am pleased to pay the excess directly to the hospital. <input type="checkbox"/> ต้องการใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลส่วนเกิน เพื่อเรียกร้องฯ ที่อื่นเอง In need to get the receipt for the excess. <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลส่วนเกิน I don't need to get the receipt for the excess.		ลายเซ็น Signed _____	ผู้เอาประกันภัย Insured
		วันที่ Date _____	

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษากรอก (For Attending Doctor Only)

วันที่เข้าโรงพยาบาล Date of Admission	วันที่ออกจากโรงพยาบาล Date of Discharge	ผู้ได้รับบาดเจ็บเคยได้รับการรักษาพยาบาลจากที่ใดมาก่อนหรือไม่ Has the injured person ever been treated before coming here? <input type="checkbox"/> ไม่เคย No. <input type="checkbox"/> เคย Yes ถ้า เคย โปรดระบุ _____ ชื่อสถานพยาบาล Name of Hospital _____ วงเงินค่ารักษาพยาบาลที่ใช้ไปแล้ว _____ บาท Amount Paid _____ Baht ชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา Name of Attending Doctor _____ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ เลขที่ License No. _____ ลายเซ็น Signed _____ วันที่ Date _____
อาการบาดเจ็บ Wound / Injury		
การวินิจฉัยโรค Diagnosis		
วิธีการรักษา How the injured person has been treated		

ใบมอบฉันทะ AUTHORIZATION

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ หนึ่ง สำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any hospital, doctor or other person who has attended to me or any member of my family to furnish MSIG Insurance (Thailand) Co., Ltd. or its representatives with all information including medical history, consultation, prescriptions, treatment, and copies of all hospital and medical records that are related to this claim. I agree that a photocopy of this Authorization shall be considered as effective and valid as the original.

วันที่ _____ ลายเซ็น _____ ผู้เอาประกันภัย
Date _____ Signed _____ Insured

ข้อปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาล

1. จะต้องตรวจสอบว่าผู้เอาประกันภัยได้รับอุบัติเหตุจริงหรือไม่
2. อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน และทำให้เกิดผลที่ผู้เอาประกันภัยไม่ได้มีเจตนาหรือมุ่งหวัง อันเป็นสาเหตุมาจากปัจจัยภายนอกซึ่งทำให้ผู้เอาประกันภัยได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย
3. รายละเอียดต่อไปนี้เป็นส่วนหนึ่งของข้อยกเว้น ซึ่งบริษัทฯ จะไม่ชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้
 - 1) การกระทำของผู้เอาประกันภัยในขณะที่อยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา ซึ่งมีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกว่า 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
 - 2) การพยายามฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายตนเอง
 - 3) การได้รับเชื้อโรคทุกชนิด เว้นแต่เชื้อโรคที่ยกเว้นที่เกิดจากบาดแผลอันสืบเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
 - 4) การรักษาทางเวชกรรมหรือศัลยกรรมตกแต่งเพื่อความงาม เว้นแต่จำเป็นต้องทำอันสืบเนื่องมาจากอุบัติเหตุ
 - 5) การบาดเจ็บซึ่งเกิดจากการทะเลาะวิวาทของผู้เอาประกันภัย
4. ให้ตรวจสอบดูว่า ผู้เอาประกันภัยเป็นบุคคลคนเดียวกับบุคคลที่มีชื่ออยู่บนบัตรทอง PA Gold Card หรือไม่ โดยการตรวจสอบกับบัตรประชาชน ใบขับขี่ หรือบัตรที่ทางราชการออกให้ซึ่งต้องมีรูปถ่ายติดบนบัตร แล้วถ่ายสำเนาบัตรดังกล่าวอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อแนบมาพร้อมกับเอกสารเรียกเก็บเงินกับบริษัทฯ
5. ให้ตรวจสอบดูว่า อุบัติเหตุเกิดขึ้นก่อนวันหมดอายุบัตรหรือไม่ ถ้าอุบัติเหตุเกิดขึ้นหลังวันหมดอายุบัตรไปแล้ว ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งหมดที่เกิดขึ้นจะไม่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของบริษัทฯ
6. ให้ตรวจสอบดูว่า ลายเซ็นด้านหลังบัตรกับแบบเรียกจ่ายค่ารักษาฯ นี้ ว่าตรงกันหรือไม่
7. ให้ผู้เอาประกันภัยลงนามกำกับใบแจ้งหนี้ หรือใบสรุปค่าใช้จ่าย หรือใบเสร็จรับเงิน
8. ให้แนบใบแจ้งหนี้ หรือใบสรุปรายการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หรือใบเสร็จรับเงิน มาพร้อมกับเอกสารเรียกเก็บเงินกับบริษัทฯ เฉพาะในส่วนที่อยู่ในวงเงินรับผิดชอบของบริษัทฯ ตามที่ระบุไว้บนบัตร
9. ในกรณีที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้เกินกว่าวงเงินที่บริษัทฯ รับผิดชอบตามที่ระบุไว้บนบัตร ให้ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้เอาประกันภัยที่ได้ระบุไว้ในแบบเรียกจ่ายค่ารักษาฯ นี้

Codes of Conduct for Hospital

1. Check if the Insured Person actually had an accident.
2. The term "Accident" shall mean an event which happens suddenly from external means giving rise to a result which is not intended or anticipated by the Insured Person.
3. The following terms and conditions are parts of the General Exclusion, for which the Company will not be liable:
 - 1) Actions of the Insured while under the influence of alcohol, a blood / alcohol level is measured over 150 mg percent,
 - 2) Suicide or attempted suicide or self-inflicted injury,
 - 3) Infections except pyogenic infections, tetanus, or rabies from a wound or cut suffered as a result of an accident,
 - 4) Medical treatment or surgical treatment except the necessary treatment for the injury arising from an accident,
 - 5) Injury from taking part in a brawl or taking part in inciting a brawl.
4. Check if the injured is the same person as specified on the 'PA Gold Card' by comparing with ID Card, Driving License, or any other cards issued by authority with photo. Make photocopy of the cards and attach them with other documents before sending them all to the Company for reimbursement.
5. Check if the accident occurred before the card's expiry date. If the accident took place after the expiry date of the card, all medical expenses for this treatment will not be covered under the Policy.
6. Check if the signature on the back of the card is the same as that on this Claim Form.
7. Ask the Insured Person sign his / her name on the Invoice, Summary of Medical Expenses, or Receipt.
8. Attach the Invoice, Summary of Medical Expenses, or Receipt to this Claim Form, and then submit them to the Company. The Company shall not be liable for the amount in excess of the limit specified on the card.
9. In case the medical expenses are in excess of the limit of the Company's liability, please follow what the Insured Person's request specified on this Claim Form.