

## แบบฟอร์มการเรียกร้องผลประโยชน์ กรมธรรม์ประกันภัยกรณีโรคร้ายแรงและทุพพลภาพ

กรุณากรอกข้อความ

สำหรับผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์

1. ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน.....ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย.....

2. รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย

2.1 ชื่อผู้เอาประกันภัย..... เพศ..... อายุ.....ปี

2.2 บัตรประชาชนเลขที่..... โทรศัพท์.....

2.3 ที่อยู่ปัจจุบัน.....

3. เลขที่กรมธรรม์.....

4. เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเนื่องจาก (กรุณาทำเครื่องหมาย 3 หน้าข้อที่ต้องการ)

เสียชีวิตเนื่องมาจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เมื่อวันที่.....

ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยภาวะ หรือโรคร้ายแรงใดต่อไปนี้

โรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว

ภาวะหมดสติ

ภาวะสมองตายและประสาทล้มเหลว

ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากอุบัติเหตุ  ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงจากการเจ็บป่วย

ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง หรือทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วนอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย

วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ.....

รายละเอียดของอุบัติเหตุ.....

ลักษณะการบาดเจ็บ.....

กรณีทุพพลภาพ

กรณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ.....

กรณาระบุอาชีพ และหน้าที่ความรับผิดชอบของท่านขณะเกิดการทุพพลภาพ.....

วันที่เริ่มทุพพลภาพ..... วันที่ท่านหยุดทำงานทั้งหมด.....

วันที่ (หรือประมาณ) ที่ท่านจะเริ่มปฏิบัติหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งในธุรกิจของท่าน.....

### การดำเนินกิจวัตรประจำวัน

รายละเอียด	ทำเองไม่ได้เลย	ทำได้เมื่อมีผู้ช่วยเหลือ	ทำได้เมื่อใช้อุปกรณ์ช่วย	ทำได้เอง
ความสามารถในการนั่งหรือลุกจากเก้าอี้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความสามารถในการเคลื่อนตัวจากห้องหนึ่งไปยังอีกห้องหนึ่ง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความสามารถในการสวมหรือถอดเสื้อ กางเกง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความสามารถในการอาบน้ำชำระร่างกาย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความสามารถในการรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความสามารถในการใช้ห้องน้ำเพื่อการขับถ่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข้อมูลเพิ่มเติม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. รายละเอียดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา..... จังหวัด.....

เข้ารับการรักษาวันที่..... ออกจากโรงพยาบาลวันที่.....

ชื่อแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา..... โทรศัพท์.....

โปรดระบุโรงพยาบาลทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา.....

### เอกสารยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์และประวัติการรักษาพยาบาล

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันชีวิต หรือองค์กร สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดซึ่งมีบันทึกหรือทราบประวัติสุขภาพ ข้อมูลอื่น ๆ มีอำนาจแจ้งข้อความหรือเปิดเผยรายละเอียดทุกประการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อ บริษัท ..... หรือผู้แทนของบริษัทได้ และข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทรวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ ให้ดำเนินการตรวจเลือดซึ่งรวมถึงการตรวจเชื้อไวรัสโรคเอดส์/HIV

อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย .....

ลงชื่อผู้กระทำการแทน .....

(

)

(

)

ความสัมพันธ์

ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงชื่อในเอกสารนี้ ให้ผู้รับประโยชน์ หรือผู้กระทำการแทนลงชื่อพร้อมระบุความสัมพันธ์

## ใบรายงานแพทย์

ชื่อผู้ป่วย : .....อายุ.....ปี

HN ..... AN .....

**1. สำหรับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ:**

- ◆ วันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาอาการบาดเจ็บเป็นครั้งแรก.....
- ◆ โปรดระบุรายละเอียดของอาการบาดเจ็บ .....

**2. สำหรับการเจ็บป่วย:**

- ◆ วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจหรือวินิจฉัยโรคจากท่านเป็นครั้งแรก.....
- ◆ ผู้ป่วยมีอาการของโรคนี้มานานเท่าใดก่อนเข้ารับการรักษาจากท่าน.....

**3. ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์อื่นหรือสถานพยาบาลอื่นสำหรับอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยนี้มาก่อนหรือไม่**

( ) ไม่เคย ( ) เคย กรุณาระบุชื่อแพทย์หรือสถานพยาบาล.....

**4. ประวัติการรักษาของผู้ป่วย**

วันที่	อาการของโรค	ผลวินิจฉัย	การรักษา	ชื่อแพทย์

**5. ผู้ป่วยได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสโรคเอดส์หรือ HIV หรือไม่**

( ) ไม่ได้ตรวจ ( ) ตรวจ กรุณาระบุผลการตรวจเลือดนั้น .....

**6. ตามความเห็นของท่าน ท่านวินิจฉัยว่า ผู้ป่วย (กรุณาทำเครื่องหมาย 3 ลงในช่องที่ต้องการ)**

- ◆ เสียชีวิตจาก  อุบัติเหตุ  โรค.....

- ◆ เกิดหรือมีอาการของภาวะใดภาวะหนึ่งต่อไปนี้

- โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
- ภาวะโคม่า (Coma)
- ภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (Respiratory failure)
- ภาวะระบบสมองตายและประสาทล้มเหลว (Brain Death and Neurologic Failure)

- ◆ ทุพพลภาพ (กรุณาระบุความรุนแรง).....

การตรวจร่างกาย (Physical Examination) กรอกเฉพาะกรณีเกิดทุพพลภาพ

1. กำลังของกล้ามเนื้อ (Muscle Power)	Arm	Right	Grade: 0 I III IV V					Leg	Right	Grade: 0 I III IV V				
		Left	Grade: 0 I III IV V						Left	Grade: 0 I III IV V				
2. ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness)	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัว		<input type="checkbox"/> สับสน					<input type="checkbox"/> สลึมสลือ		<input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว				
3. ความสามารถในการฟัง (Listening)	<input type="checkbox"/> ปกติ		<input type="checkbox"/> มีความยากลำบาก					<input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย						
4. ความสามารถในการพูด (Speaking)	<input type="checkbox"/> ปกติ		<input type="checkbox"/> มีความยากลำบาก					<input type="checkbox"/> พูดไม่เข้าใจเลย						
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Life)	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง		<input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย					<input type="checkbox"/> ทำเองไม่ได้เลย						
6. ความสามารถในการเดิน/เคลื่อนตัว (Mobility)	<input type="checkbox"/> เดินได้เอง		<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย คือ.....					<input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย						
7. ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา (Decision Making)	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้		<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจ					<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้						
8. ความสามารถในการทำงาน (Working)	<input type="checkbox"/> ทำงานได้		<input type="checkbox"/> ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย					<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำงานได้						
9. ชนิดของการทุพพลภาพ (Type of Disability)	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว		<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร					<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร						
10. การพยากรณ์โรค (Prognosis)	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น		<input type="checkbox"/> คงที่					<input type="checkbox"/> แย่ลง						

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย.....ลายมือชื่อ.....

หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม ชั้น 1.....คุณวุฒิ.....วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา.....

ชื่อของสถานพยาบาล.....วันที่ตรวจ.....