



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
ประกันภัยออฟฟิศซินโดรม

รายละเอียดข้อมูลของผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

ชื่อ-นามสกุล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่หนังสือเดินทาง

สถานที่ติดต่อปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน

อาคาร เลขห้อง/ชั้นที่ ซอย

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ Line ID อีเมล

ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมทดแทนโดย

เช็ก จัดส่งที่

ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

โปรดเลือกความคุ้มครองที่ต้องการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน พร้อมแนบเอกสารประกอบการพิจารณา

เอกสารพื้นฐานในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีของผู้เอาประกันภัย (บัญชีออมทรัพย์/กระแสรายวัน)
- ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล (กรณีเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล)
- ประวัติการรักษาพยาบาลย้อนหลัง 12 เดือน ก่อนทำประกันภัย
- กรณีผู้เอาประกันภัยไม่มีบัญชีธนาคาร โดยมีความประสงค์ให้ออนเข้าบัญชีของบิดา/มารดา กรุณาแนบสูติบัตรของผู้เยาว์ และบัตรประจำตัวประชาชนของบิดา/มารดา

เอกสารเพิ่มเติมที่ใช้ประกอบการพิจารณา

อาหารเป็นพิษจากภาวะติดเชื้อทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Tract Infection)

- ใบรายงานแพทย์ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ ระบุอาการสำคัญของโรค
- ผลตรวจอุจจาระ (Stool Exam)

โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ (Cystitis)

ใบรายงานแพทย์ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ ระบุอาการสำคัญของโรค โดยแพทย์เฉพาะทาง กุมารแพทย์/อายุรแพทย์/ศัลยศาสตร์ทางเดินปัสสาวะ

โรคกรดไหลย้อน (Gastro Esophageal Reflux Disease or GERD)

- ใบรายงานแพทย์ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ ระบุอาการสำคัญของโรค โดยแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหาร
- ผลตรวจพิเศษเพื่อยืนยันการวินิจฉัย เช่น ต่อมทอนซิล กลืนแข็ง ฯลฯ (เฉพาะการวินิจฉัยครั้งแรก)



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
ประกันภัยออฟฟิศซินโดรม

- โรคกระเพาะอาหารอักเสบ จากการติดเชื้อแบคทีเรีย เฮลิโคแบคทีเรีย ไพโลไร (H.Pylori Gastritis)
- ใบรายงานแพทย์ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ ระบุอาการสำคัญของโรค
 - ผลตรวจพิเศษเพื่อยืนยันการวินิจฉัยตรวจพบเชื้อ H.Pylori (เฉพาะการวินิจฉัยครั้งแรก)
- โรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนกดทับเส้นประสาท (Herniated Nucleus Pulpous, HNP)
- ใบรายงานแพทย์ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ ระบุอาการสำคัญของโรค โดยแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์
 - ผล X-Ray/CT/MRI (เฉพาะการวินิจฉัยครั้งแรก)
- อาการเวียนศีรษะ บ้านหมุน (Vertigo)
- ใบรายงานแพทย์ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ ระบุอาการสำคัญของโรค โดยแพทย์เฉพาะทางโสต ศอ นาสิก (ENT)
- โรคการกดทับเส้นประสาทบริเวณข้อมือหรือพังผืดทับเส้นประสาท (Carpal Tunnel Syndrome)
- ใบรายงานแพทย์ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ ระบุอาการสำคัญของโรค โดยแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์
- โรคนิ้วล็อก ปลายนิ้วล็อกนิ้วมืออักเสบ (Trigger Finger)
- ใบรายงานแพทย์ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ ระบุอาการสำคัญของโรค โดยแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์

หมายเหตุ: กรณีเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนการรักษาแพทย์ทางเลือก (เช่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทย การแพทย์แผนจีน หรือวิธีการอื่นๆ) ที่มีใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน) ท่านต้องได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์เฉพาะทางแผนปัจจุบันก่อนเข้ารับการรักษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นจริงทุกประการ และสำเนาเอกสารทุกฉบับมีรายละเอียดเหมือนต้นฉบับ และขอยืนยันว่าไม่มีการปกปิดข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยดังกล่าวต่อบริษัทฯ

ข้าพเจ้านุญาตให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นที่ดูแล/หรือ ตรวจสอบอาการของข้าพเจ้า หรือ ใ้รับอนุญาตให้เก็บบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลใดๆ และทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ประวัติการรักษา การขอคำปรึกษา การจ่ายยา หรือการรักษา และสำเนาของโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลทั้งหมด

.....
 (.....)
 ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน
 / /