



**กรุงเทพประกันชีวิต**  
BANGKOK LIFE

1415 ถนนกรุงเทพ-นนทบุรี แขวงวงศ์สว่าง  
เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ 10800  
Ins.02-777-8000 Ins.sas 02-777-8899  
Call Center 02-777-8888 www.bangkoklife.com

**แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน  
กรณีบาดเจ็บ/เจ็บป่วย**  
Reimbursement Claim Form for Injury / Illness

- ค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (HS)
- ค่าชดเชยการนอนโรงพยาบาล (HB)
- ค่าชดเชยโรคร้ายแรง (CI)
- ค่าชดเชยเนื่องจากอุบัติเหตุ (AI)
- ค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA)
- อื่นๆ (Other) (โปรดระบุ Please specify).....

วันที่/(Date).....  
 ข้าพเจ้า นาย/นาง/นส. (Customer Mr./ Mrs./ Ms).....  
 กรมธรรม์เลขที่/(Policy No.) .....  
 มีความประสงค์เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากบริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามข้อมูลที่แจ้งเพื่อพิจารณา ดังนี้  
 (I hereby express intention to claim compensation from Bangkok Life Assurance Public Company Limited with the following information for consideration.)

**ส่วนที่ 1 (Part I) สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิ กรอกข้อมูล (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ) (For Insured)**

1. ชื่อ- สกุล ผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วย (Name- last name of patient).....  
 อายุ(ปัจจุบัน) (Present age) .....ปี (years old)  
 ที่อยู่ปัจจุบัน (Present address).....  
 .....  
 สถานที่ทำงาน (Business address).....  
 .....  
 อาชีพ/ลักษณะงาน (Occupation/Job description).....  
 อีเมล (E-mail).....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ (Mobile phone no.).....  
 (บริษัทฯ สงวนสิทธิ์แจ้งข้อมูล (SMS) ผ่านหมายเลขโทรศัพท์ที่เคยระบุไว้ให้กับบริษัทสำหรับการติดต่อเท่านั้น หากหมายเลขโทรศัพท์ที่แจ้งในแบบฟอร์มนี้ไม่ตรงกับ  
 บริษัทฯ ขอใช้เพื่อการติดต่อสอบถามเฉพาะในครั้งนี้นี้เท่านั้น ท่านสามารถตรวจสอบและแจ้งเปลี่ยนแปลงข้อมูลผ่านบริการของศูนย์ข้อมูลของบริษัท)  
 (The company will contact the given number in this form for the information regarding this form only. For other purposes, the company  
 reserves the right to provide information (SMS) via telephone numbers that have been previously specified for the company for contact only.  
 If you wish to check and change your personal information, please contact call center.)
2. ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (Name of hospital/clinic treated).....  
 จังหวัด (Province)..... โทร. (Tel.) .....
3. (ก) กรณีอุบัติเหตุ (a) (in case of Injury / accident)  
 1) วันที่เกิดเหตุ (Date of accident) .....เวลา (Time).....น. (AM/PM.)  
 การแจ้งความ (Any police report)  มี แจ้งความที่ (Yes, please specify).....  ไม่มี (No)  
 2) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Cause of accident) .....  
 3) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ (Date admitted) .....ถึงวันที่ (Date discharged) .....  
 (ข) กรณีเจ็บป่วย (b) In case of illness  
 1) เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ (Date admitted) .....ถึงวันที่ (Date discharged) .....
4. มีสิทธิได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น (Are you eligible for compensation from other company?)  
 มี โปรดแจ้งรายละเอียด (Yes, please specify) .....  ไม่มี (No)
5. วิธีการรับเงินค่าชดเชย (Claim reimbursement)  
 โอนเข้าบัญชีธนาคารที่ได้ระบุไว้กับบริษัทเท่านั้น (Transfer to the bank account given to the Company only.)  
 โอนเข้าบัญชีธนาคาร (Name of Bank Transfer)..... รหัสสาขา (Branch code).....  
 เลขที่บัญชี (Bank account no.)..... ชื่อบัญชี (Account name).....  
 พร้อมแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (Please specify the bank account and attach the copy of the bank account.)  
 (หากท่านเคยแจ้งขอรับเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ผ่านบัญชีธนาคารไว้กับบริษัทฯ แล้ว บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิในการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารที่ได้ระบุไว้  
 กับบริษัทฯ เท่านั้น) (The company reserves the right to transfer money to the bank account that was previously given to the company only)

ลงชื่อ Sign ..... ผู้เอาประกันภัย Insured

หมายเหตุ ผู้เอาประกันภัยหรือผู้แทนโดยชอบธรรม กรุณาลงนามในถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนที่ลงนาม  
 และรับรองสำเนาถูกต้องแล้ว

(Note: Insured or Legal representative, please signs the authorization to release medical records and attaches a certified copy of the identification card or passport.)

ส่วนที่ 2 (Part II) สำหรับแพทย์ผู้รักษา For Physician

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา Physician's Report

Patient's Name.....Sex  Male  Female HN.....AN..... Age.....Year(s)  
 Admission Date..... Time..... Discharge Date.....Time..... Consultation Date.....

1 For Illness

a) Date you first saw this patient for this illness :  
 .....  
 .....  
 b) Chief complaint and duration of symptom(s) :  
 .....  
 .....  
 .....

2 For Injury / Accident

a) Date of injury.....Time.....  
 b) Cause of injury.....  
 c) Detail of injury.....  
 d) Did you smell alcohol from the patient?  
 No  Not known  
 Yes, blood alcohol test (if any) = .....mg%  
 e) Level of consciousness  Normal  Confusion  
 Drowsiness  Semi-Coma  Coma  
 f) Estimated time for recovery.....

3 Did the patient need to be admitted to hospital?  No  Yes, indication for admission.....

4 Vital signs: T..... °C P...../min. R..... /min BP.....mmHg

5 Pertinent clinical findings (Symptoms & Signs).....

6 Investigation & Result (Lab, EKG, X-ray, etc.) .....

7 HIV Test  No  Yes, result..... Date performed.....

8 Underlying disease (s) .....

9 Diagnosis 1 ..... ICD10-TM .....

Diagnosis 2 ..... ICD10-TM .....

Diagnosis 3 ..... ICD10-TM .....

10 Treatment .....

11 Surgery/Operation ..... Date performed..... ICD9-CM.....

Anesthesia Type  General Anesthesia  Spinal Anesthesia  Local Anesthesia  Others.....

12 Pathological report.....

13 Complications (if any) .....

14 Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction?  No  Yes, please specify.....

15 For Female: Is the patient pregnant?  No  Yes, gestational age ..... weeks

Was the treatment related to infertility?  No  Yes, please specify.....

16 Has patient ever been treated by other doctor before?  No  Yes, please give name and address .....

17 Was the illness/Injury contributed to or influenced by any of the following

a) Physical defects/Congenital anomaly  No  Yes

b) Degenerative change(s)  No  Yes

18 Others past medical history

Date	Sign & Symptom	Diagnosis	Treatment	Physicians/Hospital

19 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 above facts are true.

Physician's signature..... Specialty..... License No.....

Hospital Name..... Address..... Telephone No.....

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบกรงานวิชาชีพแพทย์ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นี้มักจะทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาทหรือทั้งจำทั้งปรับตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง

## หนังสือขอความยินยอม

### เพื่อวัตถุประสงค์ในการเข้าทำสัญญาประกันภัย และหรือ การปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย

บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) มีความจำเป็นต้องขอความยินยอมในการเก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหวของท่าน เพื่อวัตถุประสงค์โดยตรงในการเข้าทำสัญญาประกันภัย และหรือ การปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย โดยกรณีที่ท่านไม่ให้ความยินยอม บริษัทจะไม่สามารถประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อการเข้าทำสัญญาประกันภัย หรือทำให้บริษัท ไม่สามารถปฏิบัติตามสัญญาประกันภัยได้

(1) ความยินยอมให้บุคคลที่สามเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้แก่บริษัท

บริษัท จะขอให้ แพทย์ สถานพยาบาล หรือบริษัทประกันภัยอื่น ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “บุคคลที่สาม” ทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหวประเภทข้อมูลสุขภาพ ความพิการ รวมทั้งประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ซึ่งอยู่ในความควบคุมของบุคคลที่สามที่มีอยู่ในอดีต ปัจจุบัน หรือที่อาจมีขึ้นในภายหน้า ให้แก่ บริษัท เพื่อวัตถุประสงค์ในการเข้าทำสัญญาประกันภัย และหรือ การปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย (เช่น การขอเอาประกันภัย, การพิจารณารับประกันภัย, การพิจารณาต่ออายุ หรือการขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ที่ต้องใช้ผลตรวจสุขภาพเพิ่มเติม, การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน, การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการดำเนินการใดๆ เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสัญญาประกันภัย)

ให้ความยินยอม

ไม่ให้ความยินยอม

(2) ความยินยอมให้บริษัท เก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้รับจาก แพทย์ สถานพยาบาล หรือบริษัทประกันภัยอื่น

บริษัท จะดำเนินการเก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหวประเภทข้อมูลสุขภาพ ความพิการ รวมทั้งประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ที่มีอยู่ในอดีต ปัจจุบัน หรือที่อาจมีขึ้นในภายหน้า ตามที่บริษัท ได้รับข้อมูลดังกล่าวจาก บุคคลที่สาม เพื่อวัตถุประสงค์ในการเข้าทำสัญญาประกันภัย และหรือ การปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย (เช่น การขอเอาประกันภัย, การพิจารณารับประกันภัย, การพิจารณาต่ออายุ หรือการขอเปลี่ยนแปลงกรมธรรม์ที่ต้องใช้ผลตรวจสุขภาพเพิ่มเติม, การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน, การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการดำเนินการใดๆ เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสัญญาประกันภัย)

ให้ความยินยอม

ไม่ให้ความยินยอม

โปรดศึกษา ประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ได้ที่เว็บไซต์ของบริษัท [www.bangkoklife.com/th/about/child/117](http://www.bangkoklife.com/th/about/child/117) ซึ่งมีรายละเอียดในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ช่องทางการถอนความยินยอม และช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท

สำเนาของหนังสือฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ผู้ขอเอาประกันภัย ที่มีอายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป

วันเดือนปี \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



ประกาศ นโยบายความเป็นส่วนตัว

(Privacy Notice)

ผู้ใช้อำนาจปกครองตามกฎหมาย

ของผู้ขอเอาประกันภัย

\* กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

ผู้ใช้อำนาจปกครองตามกฎหมายต้องลงนามด้วยเสมอ



หนังสือมอบอำนาจ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....ขอมอบอำนาจให้บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้รับมอบอำนาจในการติดต่อ

และขอรับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และประวัติการรักษาพยาบาลของ.....

ทั้งข้อมูลเอกสารและ ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ กับสถานพยาบาล

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำในขอบเขตที่ได้มอบหมายข้างต้นให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้า

ได้ทำการด้วยตนเอง และข้าพเจ้ายินดีรับผิดชอบทุกประการ เพื่อเป็นหลักฐานผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบ

อำนาจจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานท้ายหนังสือมอบอำนาจนี้แล้ว

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)