แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม / REIMBURSMENT CLAIMS FORM

LMG Insurance. A Liberty Mutual Company

ชื่อ/นามสกุลผู้เอาประกันภัย อายุ ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน /เลขที่หนังสือเดินทาง
Insured Name _____ Age _____ Years ID Card No. / Passport No. _____

ที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทรศัพท์
Correspondence Address _____ Telephone No. _____

กรณีอุบัติเหตุ (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ) For Accident, please fill all the details.

☐ ค่ารักษาพยาบาล (Medical Expense) ☐ เสียชีวิต (Death) ☐ สูญเสียอวัยวะ สายตา (Loss organ / Blind) ☐ ทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร (TPD)

วันที่เกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ
Date of Accident ____/____/____ Time of Accident _____ Place of Accident _____

ลักษณะการเกิดเหตุ/เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (กรุณาระบุอย่างละเอียด)
Cause of Accident (Please specify) _____

ชื่อโรงพยาบาล/สถานพยาบาล ☐ ผู้ป่วยนอก ☐ ผู้ป่วยใน วันที่เข้ารับการรักษา วันที่ออกจากโรงพยาบาล
Hospital/Clinic Name _____ OPD IPD Admission Date ____/____/____ Discharge Date ____/____/____

วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน / Reimbursement Payment Method

ข้าพเจ้าประสงค์ขอรับค่าตรวจสุขภาพคืนโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร (ออมทรัพย์เท่านั้น ยกเว้นธนาคารออมสิน, ทิสโก้, อาคารสงเคราะห์, เกษตรและสหกรณ์) / I would like to have payment by direct debit (saving account only except GSB,TISCO, GHBANK, BAAC)

ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี ชื่อบัญชี
Bank Name _____ Branch _____ Bank account no. _____ Account Name _____

**โปรดนำส่งสำเนาสมุดคู่ฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้องมาด้วย / Please submit copy of Bank passbook signed by you

ข้อตกลงยินยอมเปิดเผยข้อมูล / CONSENT TO DISCLOSURE INFORMATION

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นถูกต้องเป็นความจริงและตกลงยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ บริษัทประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือรับประกันภัยข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยข้อมูลใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยา การรักษา และทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมดรวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้องค่าชดเชยแก่ บริษัท แอลเอ็มจีประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่หน่วยงานกำกับดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อนึ่งสำเนาของเอกสารฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ / I hereby certify that above information is ture and accurate, and consent any hospital physician or other person who had attened or examined me or my family, to disclose/furnish to LMG Insurance Public Company Limited or authorized representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation prescription or treatment, and copies of all hospital or medical record. I give the company consent to disclose that information to the regulator or any related. A photocopy of this document shall be considered as effective and valid as the original.

_____

ลายมือชื่อผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เรียกร้อง/ผู้กระทำการแทน / Signature of attorney and gardian

วันที่/ Date _____

กรุณาตรวจสอบเอกสารตามรายการด้านล่างให้ครบถ้วนก่อนจัดส่ง / Please check if you have done the following before submission:

กรณีแจ้งเคลมค่ารักษาพยาบาล
1. แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม
2. ใบความเห็นแพทย์ / ใบรับรองแพทย์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกัน/ ผู้รับผลประโยชน์ เป็นผู้รับผิดชอบ
3. ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน
4. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร และรับรองสำเนาถูกต้อง
5. สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้รับผลประโยชน์) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์

กรณีแจ้งเคลมโรคมะเร็ง
1. แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม
2. ใบความเห็นแพทย์ (ประทับตราสำเนาถูกต้องจากรพ.) หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ
3. ผลการตรวจชิ้นเนื้อ
4. ประวัติการรักษาทั้งหมดทุกโรงพยาบาล และเอกสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ครั้งแรกที่รักษาจนถึงปัจจุบัน (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล)
5. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
6. หน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้เอาประกันภัย) รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย

กรณีแจ้งเคลมการเสียชีวิต
1. แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม
2. มรณบัตร (รับรองสำเนาโดยผู้ออกเอกสาร)
3. ใบความเห็นแพทย์ (ประทับตราสำเนาถูกต้องจากรพ) หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกัน/ผู้รับผลประโยชน์เป็นผู้รับผิดชอบ
4. รายงานชันสูตรพลิกศพ พร้อมระบุผลการตรวจแอลกอฮอล์ (รับรองโดยหน่วยงานที่ออกหลักฐาน)
5. รายงานการผ่าชันสูตรศพ (ถ้ามี-รับรองโดยหน่วยงานที่ออกหลักฐาน)
6. ประวัติการรักษาทั้งหมด (ถ้ามี รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล)
7. บันทึกประจำวันตำรวจ ณ วันที่เกิดอุบัติเหตุ (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน)
8. สรุปสำนวนคดี (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน)
9. หนังสือรับรองการตาย (ประทับตราสำเนาถูกต้องจากรพ.)
10. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต (ประทับตาย) รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
11. สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์/สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
12. หน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้รับผลประโยชน์) รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์

กรณีแจ้งเคลมทุพพลภาพ และสูญเสียอวัยวะ
1. แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม
2. ใบความเห็นแพทย์ เรื่องภาวะทุพพลภาพ ตามแบบฟอร์มของบริษัท (ประทับตราสำเนาถูกต้องจากรพ) หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ
3. ภาพถ่ายผู้เอาประกัน ณ ปัจจุบัน
4. ประวัติการรักษาทั้งหมดทุกโรงพยาบาล และเอกสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ครั้งแรกที่รักษาถึงปัจจุบัน (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล)
5. บันทึกประจำวันตำรวจ ณ วันที่เกิดอุบัติเหตุ (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน)
6. สรุปสำนวนคดี (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน)
7. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
8. หน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้เอาประกันภัย) รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย

กรุณาส่งเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่ / Please send this completed claim form to

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) แผนกสินไหมประกันอุบัติเหตุและประกันสุขภาพ ชั้น19 อาคารจัสมินซิตี้ เลขที่ 2 ซอย สุขุมวิท 23 ถนน สุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
โทร. 02-648-6272 โทรสาร. 02-648-6222 อีเมลล์ LMGAH@lmginsurance.co.th

LMG Insurance Public Company Limited , A&H CLAIM 19th Fl., Jasmine City Building, 2 Soi Sukhumvit 23, Sukhumvit Rd., Klongtoey Nua, Wattan, Bangkok 10110
TEL. 02-648-6272 FAX. 02-648-6222 EMAIL LMGAH@lmginsurance.co.th

***บริษัทฯ จะพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกัน / ผู้รับผลประโยชน์ ได้นำส่งเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วนแล้วเท่านั้น ***