

# แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม / REIMBURSEMENT CLAIMS FORM



ชื่อ/นามสกุลผู้เอาประกันภัย อายุ ปี เล่มบัตรประจำตัวประชาชน / 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

ข้าพเจ้าประสงค์ขอรับค่าตรงจวงจวงหากำหนดโดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร (ยกเว้นธนาคารออมสิน, กสิวิที, 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 \_\_\_\_\_

\* โปรดนำสำเนาสมุดฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้องมาด้วย / Please submit copy of Bank passbook signed by you

### ฉันตกลงยินยอมเปิดเผยข้อมูล / CONSENT TO DISCLOSURE INFORMATION

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องเป็นความจริงและสมบูรณ์ตามที่โรงพยาบาลแพทย์ บริษัทประกันภัย หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องได้ให้การรับรองหรือรับรองกับข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าที่ในเวลาที่ข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลไว้ ซึ่งการเปิดเผยขงข้าพเจ้า บริษัทแพทย์ การปรึกษา การรักษา และการดำเนินการประกันการแพทย์ทั้งหมดรวมถึงรายละเอียดการเรียกร้องค่าชดเชยแก่บริษัท ขอสงวนสิทธิ์ในกรณีนี้ ข้าพเจ้า (ในฐานะ) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากข้าพเจ้า และยินยอมให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ สำหรับวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่ข้าพเจ้าได้เปิดเผยไว้ก่อนหน้านี้ / I hereby certify that above information is true and accurate, and consent any hospital/physician or other person who had attended 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 records. 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 guardian

วันที่/ Date \_\_\_\_\_

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

#### กรณีแจ้งเคลมค่ารักษาพยาบาล

- แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม
- ใบความเห็นแพทย์ / ใบรับรองแพทย์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัย/ ผู้รับผลประโยชน์ เป็นผู้รับผิดชอบ
- ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน
- สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร และรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาบัญชีธนาคาร (ของผู้รับผลประโยชน์) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์

#### กรณีแจ้งเคลมโรคเบเร็ง

- แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม
- ใบความเห็นแพทย์ (ประเภทสำเนาถูกต้องจากรพ.) หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ
- ผลการตรวจชิ้นเนื้อ
- ประวัติการรักษาทั้งหมดที่โรงพยาบาล และเอกสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ครั้งแรกที่รักษาจนถึงปัจจุบัน (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล)
- สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
- หน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้เอาประกันภัย) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย

#### กรณีแจ้งเคลมการเสียชีวิต

- แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม
- บรรณบัตร (รับรองสำเนาโดยผู้ออกเอกสาร)
- ใบความเห็นแพทย์ (ประเภทสำเนาถูกต้องจากรพ.) หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัย/ ผู้รับผลประโยชน์ เป็นผู้รับผิดชอบ
- รายงานชันสูตรพลิกศพ พร้อมแบบผลการตรวจเอกซเรย์ (รับรองโดยหน่วยงานที่ออกหลักฐาน)
- รายงานการผ่าชันสูตรศพ (ถ้ามี-รับรองโดยหน่วยงานที่ออกหลักฐาน)
- ประวัติการรักษาทั้งหมด (ถ้ามี-รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล)
- บันทึกประจำวันตำรวจ ณ วันที่เกิดอุบัติเหตุ (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน)
- สรุปสำนวนคดี (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน)
- หนังสือรับรองการตาย (ประเภทสำเนาถูกต้องจากรพ.)
- สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต (ประเภทชาย) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
- สำเนาบัตรประชาชน/ผู้รับผลประโยชน์/สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์
- หน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้รับผลประโยชน์) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์

#### กรณีแจ้งเคลมทุพพลภาพ และสูญเสียอวัยวะ

- แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม
- ใบความเห็นแพทย์ เรื่องภาวะทุพพลภาพ ตามแบบฟอร์มของบริษัท (ประเภทสำเนาถูกต้องจากรพ.) หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ
- ภาพถ่ายผู้เอาประกันภัย ณ ปัจจุบัน
- ประวัติการรักษาทั้งหมดที่โรงพยาบาล และเอกสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ครั้งแรกที่รักษาจนถึงปัจจุบัน (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล)
- บันทึกประจำวันตำรวจ ณ วันที่เกิดอุบัติเหตุ (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน)
- สรุปสำนวนคดี (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน)
- สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกันภัย พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย
- หน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้เอาประกันภัย) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้เอาประกันภัย

กรุณาส่งเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่ / Please send this completed claim form to

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) แผนกสินไหม-ทดแทนและประกันสุขภาพ ชั้น 19 อาคารจัสติซซิตี 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. 02-648-5272 FAX. 02-648-6222 EMAIL LMGAH@lmginsurance.co.th

\*\*\* บริษัทฯ จะพิจารณาสินไหมทดแทนเฉพาะกรณีที่มีผู้เอาประกันภัย/ ผู้รับผลประโยชน์ ได้นำส่งเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วนแล้วเท่านั้น \*\*\*