



บริษัท เอช อินชัวร์นซ์ จำกัด
990 อาคารอับดุลราฮิมเพลซ ชั้น 8
ถนนพระราม 4 แขวงสีลม
เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

ตู้ ป.ณ. 525
ศฝ. หัวลำโพง
กรุงเทพฯ 10331

โทรศัพท์ 66 (0) 2611 4040
โทรสาร 66 (0) 2611 4050
www.aceinsurance.co.th

คำแนะนำ : เอกสารที่ต้องยื่นประกอบการพิจารณาค่าชดเชย 1. แบบเรียกร้องค่าชดเชยฉบับนี้ พร้อมใบรับรองแพทย์หรือแพทย์กรอกเอกสารด้านหลัง 2. สำเนาใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลพร้อมงบสรุป (กรณีเรียกร้องค่าชดเชยรายวัน) 3. ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลพร้อมงบสรุป (กรณีเรียกร้องค่ารักษา) 4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน	INSTRUCTION : PLEASE ATTACH SUPPORTING CLAIM DOCUMENTS AS FOLLOWS 1. CLAIM FORM WITH MEDICAL REPORT 2. PHOTOCOPIED MEDICAL BILL (FOR DAILY BENEFITS) 3. ORIGINAL MEDICAL BILL (FOR MEDICAL REIMBURSEMENT) 4. ID CARD WITH HOUSE CENSUS
--	---

Part 1. แบบเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ / ค่าชดเชยรายวันการรักษาในโรงพยาบาล CLAIM FORM

ชื่อผู้เอาประกันภัย POLICYHOLDER		เลขที่กรมธรรม์ POLICY NO.	
ชื่อผู้ป่วยหรือบาดเจ็บ CLAIMANT		เพศ SEX	อายุ AGE
หมายเลขบัตรเครดิตที่เรียกเก็บค่าเบี้ยประกันภัย CREDIT CARD NUMBER		บัตรออกโดย ISSUED BY	
ที่อยู่ปัจจุบัน CURRENT ADDRESS		โทรศัพท์ TELEPHONE	มือถือ CELLPHONE
สถานที่ทำงาน PLACE OF EMPLOYER		โทรศัพท์ TELEPHONE	โทรสาร FAX
		โทรสาร FAX	อาชีพ/ตำแหน่งงาน OCCUPATION

1.1 รายละเอียดเกี่ยวกับอุบัติเหตุ ACCIDENT CLAIM INFORMATION

วันที่เกิดเหตุ DATE OF ACCIDENT	เวลาที่เกิดเหตุ TIME OF ACCIDENT
สถานที่เกิดเหตุ PLACE OF ACCIDENT	
รายละเอียดการเกิดเหตุ CIRCUMSTANCES	
ลักษณะการบาดเจ็บ บาดแผล และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ NATURE OF INJURY	

1.2 รายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ILLNESS CLAIM INFORMATION

วันที่เริ่มเจ็บป่วย DATE OF SICKNESS	อาการ NATURE OR CONDITION OF SICKNESS
ท่านเคยมีอาการดังกล่าวมาก่อนหรือไม่ เมื่อใด ANY SYMPTOM BEFORE, WHEN	สถานที่ที่เคยรับการรักษาเกี่ยวกับอาการดังกล่าว เมื่อใด ANY PRIOR TREATMENT FOR THIS CONDITION, WHEN
ผลการวินิจฉัยของแพทย์ DIAGNOSIS	การรักษา TREATMENT RENDERED

1.3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและอื่น ๆ TREATMENT INFORMATION

ชื่อแพทย์และสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษา NAME & ADDRESS OF HOSPITAL OR DOCTOR		วันที่รับการรักษา DATE OF TREATMENT	
วันที่เข้าและออกจากโรงพยาบาล (ถ้ามี) จากวันที่ ถึงวันที่	ผลการวินิจฉัย DIAGNOSIS		
HOSPITAL CONFINEMENT DATE FROM TO			
วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย DATE OF LAST TREATMENT	อาการปัจจุบัน PRESENT CONDITION		
รายละเอียดเกี่ยวกับประกันรถยนต์ ประกันอุบัติเหตุ ประกันค่ารักษาพยาบาล หรือประกันชีวิตของบริษัทอื่น OTHER INSURANCE			
ชื่อบริษัท NAME	เลขที่กรมธรรม์ POLICY NO.	จำนวนเงินเอาประกัน AMOUNT	ประเภทของการประกัน TYPE OF INSURANCE
1.			
2.			

ใบมอบอำนาจ / AUTHORIZATION

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่โรงพยาบาล แพทย์ บริษัทประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการ ตรวจ รักษา หรือรับประกันข้าพเจ้าหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งในอดีตและปัจจุบัน มีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันและการเรียกร้องค่าชดเชยต่อ บริษัท เอช อินชัวร์นซ์ จำกัด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบอำนาจฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ
I HEREBY AUTHORIZE ANY HOSPITAL PHYSICIAN OR OTHER PERSON WHO HAD ATTENDED OR EXAMINED ME, TO FURNISH TO THE COMPANY OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE, ANY AND ALL INFORMATION WITH RESPECT TO ANY SICKNESS OR INJURY, MEDICAL HISTORY, CONSULTATION PRESCRIPTIONS OR TREATMENT, AND COPIES OF ALL HOSPITAL OR MEDICAL RECORDS A PHOTO STATIC COPY OF THIS AUTHORIZATION SHALL BE CONSIDERED AS EFFECTIVE AND VALID AS THE ORIGINAL

วันที่ / DATE

ลายมือชื่อผู้ป่วย/ผู้บาดเจ็บ / SIGNATURE OF CLAIMANT

