



**บริษัท เจเนอราลี ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)**  
 87/2 อาคารชาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นส์ เฟส ชั้น 16 ยูนิท 1602 – 1605  
 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10330  
 สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828 โทรสาร : 02-685-3829  
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000589

**คำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุ**

โรงพยาบาล.....  ประกันภัยรายบุคคล  ประกันภัยกลุ่ม

**สำหรับผู้เอาประกันภัย**

1.ชื่อ-นามสกุล(นาย/นาง/นางสาว)..... เพศ.....อายุ.....ปี อาชีพ .....

เลขที่บัตรประชาชน ..... เบอร์โทรติดต่อ..... อีเมลติดต่อ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน ..... รหัสไปรษณีย์.....

สถานที่ทำงาน ..... รหัสไปรษณีย์ .....

กรณีผู้เรียกร้องสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุชื่อผู้ปกครอง ..... ความสัมพันธ์.....

2.กรมธรรม์เลขที่ .....

ข้าพเจ้า  ไม่มี  มีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่น บริษัท..... กรมธรรม์เลขที่.....

3.สาเหตุการเรียกร้องสินไหม

เจ็บป่วย อาการ :..... ระยะเวลาที่มีอาการก่อนรับการรักษาครั้งนี้:.....

สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนการรักษาครั้งนี้ :..... วันที่เข้ารับการรักษา:.....

บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ:..... เวลา:..... สถานที่เกิดเหตุ:.....

สาเหตุของการบาดเจ็บ:.....

ลักษณะบาดแผล ขนาด ตำแหน่ง และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ:.....

4.สำหรับการเรียกร้องครั้งนี้ ท่านเคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่  ไม่เคย  เคยรักษาที่ :..... เมื่อ:.....

ข้าพเจ้ามี  สิทธิประกันสังคม  สิทธิบัตรทอง บวก 30 สิทธิ/  สิทธิข้าราชการ ที่โรงพยาบาล.....

5.ข้าพเจ้าต้องการรับเงินสินไหมทดแทนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร..... เลขที่.....(กรุณาแนบสำเนาหน้าบัญชี)

**หนังสือให้ความยินยอม**

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยมูลข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท บริษัทประกันภัยต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์หรือบริษัทนายหน้า/ผู้ทรงกรมธรรม์ และ/หรือประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ผู้ทรง/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ใน/กรมธรรม์ และการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่าฉันฉบับบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนางของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

**หมายเหตุ** กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ \* :

กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง \*\*2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย:..... วันที่ :..... พยาน :..... พยาน :.....

(.....) ความสัมพันธ์:..... (.....) (.....)



**บริษัท เจนเนอราลี ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)**  
 87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นส พลัส ชั้น 16 ยูนิท 1602 – 1605  
 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
 สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828 โทรสาร : 02-685-3829  
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000589

**For Physician**

1. Visit date: ..... Time: ..... Vital signs: T: ..... P: ..... R:..... BP: .....
2. Chief complaint duration:.....
3. Present illness or cause of injury: .....
- For Injury: Date of injury ..... Time: ..... Place of injury:..... Details of injury: .....
4. Physical exam:.....
5. Previous treatment for this illness or injury (Date & Place):  
.....
6. The illness or injury influenced by alcohol or drug addict: ( ) No ( ) Yes, please specify .....
7. Underlying condition: .....
8. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.): .....
9. Diagnosis: ..... ICD10-TM: .....
10. Treatment: .....
11. Surgery/Operation: ..... Date performed: .....
12. Pathological report: .....

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above.

Physician's signature ..... Medical specialty: ..... Medical license no: .....  
 (.....) Tel no: ..... Date: .....  
 Medical institute: ..... Address: .....