



**บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
**Jaymart Insurance Public Company Limited**

100/100 อาคารวอชิงตัน คอมเพล็กซ์ บี ชั้นที่ 29 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
 โทรศัพท์: +66 2 099 0555 www.jaymartinsurance.co.th  
 ทะเบียนเลขที่: 0107556000060 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 0107556000060

**แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (เด็งกี)**

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง ช่องใดไม่มีให้ขีด (-) ในช่องว่างที่ให้กรอกข้อมูล

<p>1. สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูลเรียกร้องสินไหมทดแทน</p> <p>1. ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย..... เพศ..... อายุ.....ปี          ที่อยู่..... เบอร์โทร.....          กรมธรรม์เลขที่..... ระยะเวลาคุ้มครอง.....          วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... ที่เกิดเหตุ.....          รายละเอียดการเกิดเหตุ.....</p>	
<p>2. รายละเอียดการเจ็บป่วย</p> <p>ลักษณะอาการเจ็บป่วย..... วันที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย.....          โรงพยาบาลที่รักษา..... วันที่เข้า..... วันที่ออก.....          เลขที่ผู้ป่วย ( ) ผู้ป่วยนอก..... ( ) ผู้ป่วยใน.....          แพทย์ผู้ทำการรักษาการเจ็บป่วย..... ผลวินิจฉัยการเจ็บป่วยของแพทย์.....          ได้รับการรักษาโดย ( ) การให้ยา ( ) การผ่าตัด (ระบุ)..... ( ) อื่นๆ.....</p>	
<p>3. ท่านมีสวัสดิการการรักษาพยาบาล/ ประกันภัยอุบัติเหตุ/สุขภาพกับหน่วยงานหรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ โปรดระบุ          หน่วยงาน/บริษัท..... เลขที่กรมธรรม์.....          หน่วยงาน/บริษัท..... เลขที่กรมธรรม์.....</p>	

การกรอกข้อมูลอันเป็นเท็จหรือปกปิดข้อมูลและสาเหตุการเจ็บป่วยหรือสูญเสียเพื่อประโยชน์ในค่าสินไหมทดแทนแก่ตนเองหรือผู้อื่นโดยทุจริต ผู้เอาประกันภัย, ทายาทโดยธรรมหรือผู้รับประโยชน์ในค่าสินไหมทดแทนอาจมีความรับผิดชอบตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษาซึ่งมีบันทึกหรือทราบประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย มีอำนาจแจ้งและให้สำเนาเอกสารของความเจ็บป่วย, การได้รับบาดเจ็บ, ประวัติทางการแพทย์, ใบสั่งยา, การให้คำปรึกษาหรือการรักษาของผู้เอาประกันภัย หรือบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาล รวมทั้งข้อมูลอื่นๆต่อ บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้โดยเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเอง อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ประทับตรา  
(หากมี)

ลงชื่อ..... เกี่ยวข้องเป็น ( ) ผู้เอาประกันภัย  
 (.....) ( ) ผู้รับประโยชน์  
 วันที่..... ( ) ทายาทโดยธรรม ซึ่งเป็น.....



**บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน)**  
**Jaymart Insurance Public Company Limited**

100/100 อาคารว่องวานิช คอมเพล็กซ์ บี ชั้นที่ 29 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
โทรศัพท์: +66 2 099 0555 www.jaymartinsurance.co.th  
ทะเบียนเลขที่: 0107556000060 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร: 0107556000060

ลำดับ	เอกสารประกอบการเรียกร้องความคุ้มครองการรักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยใน (IPD) ติดต่อกันไม่น้อยกว่าที่กรมธรรม์กำหนด
1	แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ ที่ผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว)
2	ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (เค็งกี) (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ)
3	ใบรับรองแพทย์ ระบุ โรคที่เจ็บป่วยและระยะเวลาการรักษาที่โรงพยาบาล (ฉบับจริง)
4	ผลตรวจเลือด และ/หรือ ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการว่าติดเชื้อไวรัสเค็งกี (ไข้เลือดออก) (ฉบับจริง)
5	ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ฉบับจริง)
6	สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย
7	สำเนาสมุดบัญชีผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์
8	สำเนาบัตรประชาชนผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก (เค็งกี))
9	เอกสารแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้เอาประกันภัยกับผู้รับประโยชน์ เช่น สูติบัตร, ทะเบียนสมรส เป็นต้น
10	สำเนาใบมรณบัตร หรือ ทร.4/ก (รับรองสำเนาโดยอำเภอ/สำนักงานเขต) (กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก (เค็งกี))
11	หนังสือยินยอมให้รับค่าสินไหมทดแทนกรณีผู้รับค่าสินไหมทดแทนเป็นทายาทโดยธรรม (แบบฟอร์มบริษัทฯ)
12	ประวัติการรักษาพยาบาล (แล้วแต่กรณี)

ลำดับ	เอกสารที่ใช้ประกอบการเรียกร้องเงินชดเชยรายวันระหว่างรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน
1	แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน (ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ ที่ผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว)
2	ต้นฉบับหรือสำเนาใบรับรองแพทย์ ระบุ โรคที่เจ็บป่วยและระยะเวลาการรักษาที่โรงพยาบาล
3	ต้นฉบับหรือสำเนาใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ด้วยโรคไข้เลือดออก)
4	สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย
5	สำเนาสมุดบัญชีผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์
6	สำเนาบัตรประชาชนผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต)
7	เอกสารแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้เอาประกันภัยกับผู้รับประโยชน์ เช่น สูติบัตร, ทะเบียนสมรส เป็นต้น
8	สำเนาใบมรณบัตร หรือ ทร.4/ก (รับรองสำเนาโดยอำเภอ/สำนักงานเขต) (กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต)
9	หนังสือยินยอมให้รับค่าสินไหมทดแทนกรณีผู้รับค่าสินไหมทดแทนเป็นทายาทโดยธรรม (แบบฟอร์มบริษัทฯ)
10	ประวัติการรักษาพยาบาล (แล้วแต่กรณี)
เอกสาร เรียกร้อง สงวนที่	บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
	ฝ่ายสินไหมทดแทนทั่วไป 02-099-0555 ต่อ 5201 - 5202 (คุณประจักษ์ หรือ คุณภาณุวัฒน์)
	E-Mail : <a href="mailto:claimnonmotor@jaymartinsurance.co.th">claimnonmotor@jaymartinsurance.co.th</a>
	100/100 อาคารว่องวานิช คอมเพล็กซ์ บี ชั้นที่ 29 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310