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

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันภัยสุขภาพสำหรับเด็ก

( ) ค่ารักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน/นอก ( ) เงินชดเชยรายวันระหว่างรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

( ) ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อการรักษาพยาบาล ( ) อื่นๆ.....

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง ช่องใดไม่มีให้ขีด (-) ในช่องว่างที่ให้กรอกข้อมูล

1. สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูลเรียกร้องสินไหมทดแทน

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย..... อาชีพ..... อายุ.....ปี

ที่อยู่..... เบอร์โทร.....

กรมธรรม์เลขที่..... ระยะเวลาคุ้มครอง.....

วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... ที่เกิดเหตุ.....

รายละเอียดการเกิดเหตุ.....

2. กรณีเจ็บป่วย ( ) ผู้ป่วยนอก ( ) ผู้ป่วยใน ( ) ICU ( )อื่น ๆ.....

วันที่เดินทางไปรักษาครั้งแรก..... เดินทางด้วยวิธี.....

วันเวลาที่ออกเดินทางไปสถานพยาบาล..... วันเวลาที่เดินทางถึงสถานพยาบาล.....

โรงพยาบาลที่รักษา..... วันที่เข้า..... วันที่ออก.....

ลักษณะอาการเจ็บป่วย..... ตั้งแต่วันที่.....

ผลวินิจฉัยการเจ็บป่วยของแพทย์.....

ได้รับการรักษาโดย ( )การให้ยา ( )การผ่าตัด (ระบุ)..... ( )อื่นๆ.....

4. ท่านมีสวัสดิการการรักษาพยาบาล/ ประกันภัยอุบัติเหตุ/สุขภาพกับหน่วยงานหรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ โปรดระบุ

หน่วยงาน/บริษัท..... เลขที่กรมธรรม์.....

หน่วยงาน/บริษัท..... เลขที่กรมธรรม์.....

การกรอกข้อมูลอันเป็นเท็จหรือปกปิดข้อมูลและสาเหตุการเจ็บป่วยหรือสูญเสียเพื่อประโยชน์ในค่าสินไหมทดแทนแก่ตนเองหรือผู้อื่นโดยทุจริต ผู้เอาประกันภัย, ทายาทโดยธรรมหรือผู้รับประโยชน์ ในค่าสินไหมทดแทนอาจมีความรับผิดตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลีนิค สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษาซึ่งมีบันทึกหรือทราบประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ใบสั่งยา การให้คำปรึกษาหรือการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาล รวมทั้งข้อมูลอื่นๆต่อ บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯได้โดยเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเอง อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ..... **ผู้เอาประกันภัย**

(.....)

ลงชื่อ..... **ทายาทโดยธรรม/ผู้ปกครอง**

(.....)

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	เอกสารที่ใช้ประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน
1	หนังสือเรียกร้องสินไหมทดแทนตามแบบฟอร์มบริษัทฯ (ที่ผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว)
2	สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย / ผู้รับประโยชน์ (รับรองสำเนา)
3	สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัยหรือทายาทโดยธรรมหรือผู้รับประโยชน์
4	ใบรับรองแพทย์ (ต้นฉบับ)
5	ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับกรณีเบิกค่ารักษา)
6	เอกสารทางการแพทย์และประวัติการรักษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (รับรองสำเนาโดยสถานพยาบาล)
7	ผลตรวจ RT-PCR (กรณีแผนประกันที่คุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)
8	สำเนาบัตรประชาชนของทายาทโดยธรรมหรือผู้รับผลประโยชน์ (รับรองสำเนาโดยทายาทโดยธรรมหรือผู้รับประโยชน์)
9	เอกสารแสดงความเป็นทายาทโดยธรรมของผู้เอาประกันภัย หรือความสัมพันธ์ของผู้รับประโยชน์กับผู้เอาประกันภัย เช่น ทะเบียนสมรส, สูติบัตร เป็นต้น
10	หนังสือยินยอมให้รับค่าสินไหมทดแทนกรณีผู้รับค่าสินไหมทดแทนเป็นทายาทโดยธรรม (ทายาทโดยธรรมลงนามทุกคน)
<u>เอกสารเรียกร้องส่งมาที่</u>	**บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน)**
	ฝ่ายสินไหมทดแทนทั่วไป 02-099-0555 ต่อ 5201 - 5202 (คุณประจักษ์ หรือ คุณภาณุวัฒน์)
	E-Mail : claimnonmotor@jaymartinsurance.co.th (เพื่อส่งตรวจสอบความถูกต้องเบื้องต้นก่อนส่งฉบับจริงหรือติดต่อสอบถามเพิ่มเติม)
	100/100 อาคารว่องวานิช คอมเพล็กซ์ บี ชั้นที่ 29 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310