



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

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

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลและเชื้อไวรัสโควิด-19

(/) เจ็บป่วยด้วยเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 () เสียชีวิต () สูญเสียอวัยวะ
 () ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง () อื่นๆ.....

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง ช่องใดไม่มีให้ขีด (-) ในช่องว่างที่ให้กรอกข้อมูล

<p>1. สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูลเรียกร้องสินไหมทดแทน</p> <p>1. ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย นายเจมาร์ท ประกันภัย อาชีพ พนักงานบริษัทประกันภัย อายุ 30 ปี ที่อยู่: ใสที่อยู่ปัจจุบัน เบอร์โทร: เบอร์มือถือที่ติดต่อได้</p> <p>กรมธรรม์เลขที่ JMI-D-XXX-6404-000001 ระยะเวลาคุ้มครอง 1 ปี</p> <p>วันที่เกิดเหตุ: วันที่ผลตรวจ RT-PCR ออก เวลา เวลาที่ผลตรวจออก ที่เกิดเหตุ: สถานที่เข้าตรวจหาเชื้อโควิด</p> <p>รายละเอียดการเกิดเหตุ: ลักษณะอาการก่อนเข้ารับการตรวจหาเชื้อโควิด</p>	
<p>2. กรณีเจ็บป่วย () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ <small>กรณีรักษาแบบ HI หรือ CI เลือกอื่นๆและเขียนว่า HI หรือ CI</small></p> <p>โรงพยาบาลที่รักษา: โรงพยาบาลที่รักษาหรืออยู่ในสังกัดที่รักษา วันที่เข้า: ตามใบรับรองแพทย์ วันที่ออก: ตามใบรับรองแพทย์</p> <p>ลักษณะอาการเจ็บป่วย: ตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่วันที่</p> <p>ก่อนการเจ็บป่วยภายใน 30 วัน ท่านเดินทางไปต่างประเทศมาหรือไม่..... เดินทางไปที่ประเทศ 1)..... 2)..... 3)..... 4).....</p> <p>วันที่เดินทางไป..... วันที่เดินทางกลับ..... สายการบิน.....</p> <p>พาสปอร์ตของท่านเลขที่..... แพทย์ผู้ทำการรักษาการเจ็บป่วย.....</p> <p>ผลวินิจฉัยการเจ็บป่วยของแพทย์.....</p> <p>ได้รับการรักษาโดย () การให้ยา () การผ่าตัด (ระบุ)..... () อื่นๆ.....</p>	
<p>3. กรณีการเสียชีวิต/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงอันมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ</p> <p>โรงพยาบาลที่รักษา..... วันที่เข้า..... วันที่ออก.....</p> <p>แพทย์ผู้ทำการรักษา..... แผนก.....</p> <p>เลขที่ผู้ป่วย () ผู้ป่วยนอก..... () ผู้ป่วยใน.....</p> <p>อวัยวะที่บาดเจ็บ..... ลักษณะบาดเจ็บ.....</p> <p>มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี สถานที่ตำรวจ..... ลงวันที่.....</p>	
<p>4. ท่านมีสวัสดิการการรักษาพยาบาล/ ประกันภัยอุบัติเหตุ/สุขภาพกับหน่วยงานหรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ โปรดระบุ</p> <p>หน่วยงาน/บริษัท..... เลขที่กรมธรรม์.....</p>	

การกรอกข้อมูลอันเป็นเท็จหรือปกปิดข้อมูลและสาเหตุการเจ็บป่วยหรือสูญเสียเพื่อประโยชน์ในค่าสินไหมทดแทนแก่ตนเองหรือผู้อื่นโดยทุจริต ผู้เอาประกันภัย, ทายาทโดยธรรมหรือผู้รับประโยชน์ ในค่าสินไหมทดแทนอาจมีความรับผิดชอบตามกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษาซึ่งมีบันทึกหรือทราบประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ใบสั่งยา การให้คำปรึกษาหรือการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของโรงพยาบาล รวมทั้งข้อมูลอื่นๆต่อ บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้โดยเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเอง อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ..... นายเจมาร์ท ประกันภัย **เกี่ยวข้องเป็น (/) ผู้เอาประกันภัย**
 (..... นายเจมาร์ท ประกันภัย) () ผู้รับประโยชน์

วันที่..... () ทายาทโดยธรรม ซึ่งเป็น.....





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

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

ลำดับ	เอกสารประกอบการเรียกร้องความคุ้มครองการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019
1	หนังสือเรียกร้องสินไหมทดแทน (ที่ผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว)
2	หนังสือผลตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรงพยาบาล (ฉบับจริง)
3	ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง)
4	สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย
5	พาสปอร์ตฉบับจริง (เพื่อตรวจสอบ) และสำเนาพาสปอร์ต (เพื่อประกอบการเรียกร้อง) (ถ้ามี)
6	ใบรายงานแพทย์ที่ขึ้นอาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหรือโรคร้ายที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) (ตามแบบฟอร์มบริษัท)
7	แฟ้มประวัติการรักษาของผู้เอาประกันภัย (ถ้ามี)
8	สำเนาบัตรประชาชนผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19))
9	สำเนาสมุดบัญชีผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์

ลำดับ	เอกสารที่ใช้ประกอบการเรียกร้องกรณีเสียชีวิตหรือสูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (จากอุบัติเหตุ)
1	หนังสือเรียกร้องสินไหมทดแทน (ที่ผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว)
2	สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต
3	สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์
4	เอกสารแสดงความเป็นทายาทโดยธรรมของผู้รับผลประโยชน์ เช่น ทะเบียนสมรส, สูติบัตร
5	สำเนาใบมรณบัตร หรือ ทร.4/ก (รับรองสำเนาโดยอำเภอ/สำนักงานเขต)
6	เอกสารทางการแพทย์เกี่ยวกับการทุพพลภาพหรือเสียชีวิตทั้งหมด
7	บันทึกประจำวัน (รับรองสำเนาโดยตำรวจ)
8	รายงานการชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาโดยตำรวจ)
9	เอกสารรับรองจากโรงพยาบาลหรือหน่วยงานรัฐเป็นผู้ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (กรณีทุพพลภาพ)
10	รูปถ่ายการสูญเสียอวัยวะ
11	สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัยหรือผู้รับประโยชน์
12	หนังสือยินยอมให้รับค่าสินไหมทดแทนกรณีผู้รับค่าสินไหมทดแทนเป็นทายาทโดยธรรม
เอกสาร เรียกร้อง ส่งมาที่	บริษัท เจมาร์ท ประกันภัย จำกัด (มหาชน)
	ฝ่ายสินไหมทดแทนทั่วไป 02-099-0555 ต่อ 5201 - 5202 (คุณประจักษ์ หรือ คุณภาณุวัฒน์)
	E-Mail : claimnonmotor@jaymartinsurance.co.th / LINE ID : claimnonmotor
	100/100 อาคารวอรวาณิช คอมเพล็กซ์ บี ชั้นที่ 29 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310