



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

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

**แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลและการได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนโควิด-19**

- ( ) ค่ารักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน ( ) เงินปลอบขวัญสำหรับผู้ป่วยในที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล  
 ( ) เสียชีวิต/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ( ) อื่นๆ.....

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง ช่องใดไม่มีให้ขีด (-) ในช่องว่างที่ให้กรอกข้อมูล

<p><b>1. สำหรับผู้เอาประกันกรอกข้อมูลเรียกร้องสินไหมทดแทน</b></p> <p>ชื่อ-สกุลผู้เอาประกัน..... อาชีพ..... อายุ.....ปี                  ที่อยู่..... เบอร์โทร.....                  กรมธรรม์เลขที่..... ระยะเวลาคุ้มครอง.....                  วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... ที่เกิดเหตุ.....                  รายละเอียดการเกิดเหตุ.....</p>
<p><b>2. กรณีเจ็บป่วย ( )ผู้ป่วยนอก ( )ผู้ป่วยใน ( )ICU ( ) อื่นๆ.....</b></p> <p>วันที่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ..... สถานพยาบาลที่ฉีดวัคซีน.....                  ประเภทวัคซีนที่ฉีด..... ยี่ห้อวัคซีน.....                  ลักษณะอาการเจ็บป่วย..... ตั้งแต่วันที่.....                  โรงพยาบาลที่รักษา..... วันที่เข้า..... วันที่ออก.....                  ผลวินิจฉัยการเจ็บป่วยของแพทย์.....                  ได้รับการรักษาโดย ( )การให้ยา ( )การผ่าตัด (ระบุ)..... ( ) อื่นๆ.....</p>
<p><b>3. กรณีการเสียชีวิต/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงอันมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ</b></p> <p>โรงพยาบาลที่รักษา..... วันที่เข้า..... วันที่ออก.....                  แพทย์ผู้ทำการรักษา..... แผนก.....                  เลขที่ผู้ป่วย ( )ผู้ป่วยนอก..... ( )ผู้ป่วยใน.....                  อวัยวะที่บาดเจ็บ..... ลักษณะบาดเจ็บ.....                  มีการแจ้งความหรือไม่ ( )ไม่มี ( )มี สถานีตำรวจ..... ลงวันที่.....</p>
<p><b>4. ท่านมีสวัสดิการการรักษาพยาบาล/ ประกันภัยอุบัติเหตุ/สุขภาพกับหน่วยงานหรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ โปรดระบุ                  หน่วยงาน/บริษัท..... เลขที่กรมธรรม์.....</b></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..... เกี่ยวข้องเป็น ( ) ผู้เอาประกันภัย  
 (.....) ( ) ผู้รับประโยชน์  
 วันที่..... ( ) ทายาทโดยธรรม ซึ่งเป็น.....





**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 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร: 0107556000060

ลำดับ	เอกสารที่ใช้ประกอบการเรียกร้องประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลและสำหรับผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด-19
1	หนังสือเรียกร้องสินไหมทดแทนตามแบบฟอร์มบริษัทฯ (ที่ผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว)
2	สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย
3	สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย
4	ผลตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ยืนยันว่าผู้เอาประกันภัยแพ็วติดเชื้อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ต้นฉบับ) หรือเอกสารการได้รับค่าชดเชยจากการได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามหลักเกณฑ์ของ สปสช.
5	ใบรับรองแพทย์ที่ระบุได้รับการติดเชื้อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสถานพยาบาลที่ทำการติดเชื้อ (ต้นฉบับ)
6	ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับกรณีเบิกค่ารักษาและสำเนากรณีเบิกค่าชดเชย)
7	แฟ้มประวัติการรักษากรณีได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด-19 ของผู้เอาประกันภัย
8	ใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการเจ็บป่วยด้วยภาวะหรือโรคร้ายที่มีสาเหตุมาจากการแพ็วติดเชื้อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ตามแบบฟอร์มบริษัท) กรณีภาวะโคม่า
9	หนังสือยินยอมให้รับค่าสินไหมทดแทนกรณีผู้รับค่าสินไหมทดแทนเป็นทายาทโดยธรรม (ทายาทโดยธรรมลงนามทุกคน) กรณีภาวะโคม่าหรือเสียชีวิต

ลำดับ	เอกสารที่ใช้ประกอบการเรียกร้องกรณีเสียชีวิตหรือสูญเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (จากอุบัติเหตุ)
1	หนังสือเรียกร้องสินไหมทดแทน (ที่ผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว)
2	สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต
3	สำเนาบัตรประชาชน และทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์
4	เอกสารแสดงความเห็นทายาทโดยธรรมของผู้รับผลประโยชน์ เช่น ทะเบียนสมรส, สูติบัตร
5	สำเนาใบมรณบัตร หรือ ทร.4/ก (รับรองสำเนาโดยอำเภอ/สำนักงานเขต)
6	เอกสารทางการแพทย์เกี่ยวกับการทุพพลภาพหรือเสียชีวิตทั้งหมด
7	บันทึกประจำวัน (รับรองสำเนาโดยตำรวจ)
8	รายงานการชันสูตรพลิกศพ (รับรองสำเนาโดยตำรวจ)
9	เอกสารรับรองจากโรงพยาบาลหรือหน่วยงานรัฐเป็นผู้ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (กรณีทุพพลภาพ)
10	รูปถ่ายการสูญเสียชีวิต
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
	100/100 อาคารวอจวานิช คอมเพล็กซ์ บี ชั้นที่ 29 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310