



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคลและเชื้อไวรัสโควิด-19

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

โปรดกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกช่อง ช่องใดไม่มีให้ขีด (-) ในช่องว่างที่ให้กรอกข้อมูล

<p>1. สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอกข้อมูลเรียกร้องสินไหมทดแทน</p> <p>1. ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย..... อาชีพ..... อายุ.....ปี ที่อยู่..... เบอร์โทร..... กรมธรรม์เลขที่..... ระยะเวลาคุ้มครอง..... วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... ที่เกิดเหตุ..... รายละเอียดการเกิดเหตุ.....</p>
<p>2. กรณีเจ็บป่วย () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ.....</p> <p>โรงพยาบาลที่รักษา..... วันที่เข้า..... วันที่ออก..... ลักษณะอาการเจ็บป่วย..... ตั้งแต่วันที่..... ก่อนการเจ็บป่วยภายใน 30 วัน ท่านเดินทางไปต่างประเทศหรือไม่..... เดินทางไปที่ประเทศ 1)..... 2)..... 3)..... 4)..... วันที่เดินทางไป..... วันที่เดินทางกลับ..... สายการบิน..... พาสปอร์ตของท่านเลขที่..... แพทย์ผู้ทำการรักษาการเจ็บป่วย..... ผลวินิจฉัยการเจ็บป่วยของแพทย์..... ได้รับการรักษาโดย () การให้ยา () การผ่าตัด (ระบุ)..... () อื่นๆ.....</p>
<p>3. กรณีการเสียชีวิต/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงอันมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ</p> <p>โรงพยาบาลที่รักษา..... วันที่เข้า..... วันที่ออก..... แพทย์ผู้ทำการรักษา..... แผนก..... เลขที่ผู้ป่วย () ผู้ป่วยนอก..... () ผู้ป่วยใน..... อวัยวะที่ขาดเจ็บ..... ลักษณะขาดแผล..... มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี สถานีตำรวจ..... ลงวันที่.....</p>
<p>4. ท่านมีสวัสดิการการรักษาพยาบาล/ ประกันภัยอุบัติเหตุ/สุขภาพกับหน่วยงานหรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่ โปรดระบุ 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..... เกี่ยวข้องเป็น () ผู้เอาประกันภัย
 (.....) () ผู้รับประโยชน์
 วันที่..... () ทายาทโดยธรรม ซึ่งเป็น.....





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

100/100 อาคารวอองวานิช 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	ผลการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธี RT-PCR จากโรงพยาบาล (ฉบับจริงหรือสำเนาที่โรงพยาบาลประทับตรารับรอง)
3	ใบรับรองแพทย์ (ถ้ามี)
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
	100/100 อาคารวอองวานิช คอมเพล็กซ์ บี ชั้นที่ 29 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310