



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรมธรรม์ประกันภัยสัตว์เลี้ยง

Claim Form for Pet Insurance

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่/Policy No. วันที่แจ้งความเสียหาย/Date of Register

1. ข้อมูลผู้เอาประกันภัย/ Details of Insured

ชื่อ-สกุล/Name of Insured เลขที่ประจำตัวประชาชน/I.D. Card No.....

ที่อยู่ปัจจุบัน หรือที่ติดต่อได้/Address.....

โทรศัพท์/Home Tel. โทรศัพท์มือถือ/Mobile Tel. อีเมล/E-mail

2. ข้อมูลของสัตว์เลี้ยง/ Details of pet

ชื่อสัตว์เลี้ยง/Name of your pet..... ประเภทสัตว์เลี้ยง/Type of pet สุนัข/Dog แมว/Cat อื่นๆ/Other.....

เพศ/Sex เพศผู้/Male เพศเมีย/Female วัน-เดือน-ปีเกิด/Date of birth of the petอายุ/Age.....ปี/year น้ำหนัก/weight.....กก./kg.

พันธุ์/Breed..... ใบเพ็ดดิกรี/Pedigree Certificate..... หมายเลขไมโครชิพ/Microchip Number.....

ก่อนเกิดเหตุสัตว์เลี้ยงได้รับวัคซีนครบตามประเภทของโรคและตามกำหนดระยะเวลามาตรฐานที่กำหนดหรือไม่/Vaccination ใช่/Yes ไม่ใช่/No

เนื่องจาก/Reasons

หากยังไม่ได้แนบประวัติมา จะส่งให้ได้ประมาณ วัน-เดือน-ปี/If not yet, will send the history within the date of.....

3. ประเภทการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน/ Type of Claim

เจ็บป่วย/Illness บาดเจ็บ/Injury ตาย/Death อื่นๆ/Other วันที่เกิดความเสียหาย/Date of Loss เวลา/Timeน.

โปรดระบุสาเหตุ/Please specify.....

.....

สถานที่เกิดเหตุ/Place of accident.....

4. สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา/ To be completed by the attending doctor, if possible

โรงพยาบาลสัตว์/Animal Hospital.....

วันที่เข้าพักรักษาตัว/Treatment or Admission date เวลา/Timeน.

การวินิจฉัยโรค/Diagnose.....

อาการก่อนหน้า หรือโรคประจำตัว/Underlying conditions or disease.....

แผนการรักษา/Further treatment planned, if any.....

.....

เหตุผลสำหรับการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล/Reason for admission.....

.....

กรณีที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลขอทราบวันที่ออกจากโรงพยาบาล/In case of admission, date of discharge.....

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล/Expected length of stay..... วัน/day(s) ค่ารักษาโดยประมาณ/Estimated cost of treatment บาท/Baht

สิ้นสุดแล้ว/Finished ยังไม่สิ้นสุด/Unfinished เนื่องจาก/Reasons

.....

การเจ็บป่วยเป็นการเจ็บป่วยที่รักษามาก่อน/Previous treatment for similar illness ใช่ (Yes) ระบุ/Please specify ไม่ใช่ (No)

วันที่ได้รับคำปรึกษา/Date of previous treatment/...../..... ชื่อ โรงพยาบาล/Hospital Name.....

ข้อคิดเห็นอื่นๆ/Other comments.....

.....

ลายเซ็นของสัตวแพทย์หรือผู้ทำการรักษา/Veterinary's Signature

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์/Veterinarian's license number.....



5.ความประสงค์ของผู้เอาประกันภัย/Reimbursement Details

ข้าพเจ้าประสงค์เรียกร้องค่าสินไหมในครั้งนี้นี้จำนวน

I would like to receive from Thaivivat Insurance Pcl the total amount of.....บาท โดย/ Baht, payment by

ขอให้โอนเงินเข้าบัญชีผ่านช่องทางธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใด ๆ เกิดขึ้นให้ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า) Direct payment into the following account (bank charges to be paid by recipient) ** กรุณาแนบหน้าสมุดบัญชีมาด้วย**

ชื่อบัญชี/ Account name.....ประเภทบัญชี ออมทรัพย์/ Savings กระแสรายวัน /Current เลขที่ (No.).....

ชื่อธนาคาร/Bank nameสาขา /Branch..... จังหวัด/ Province

ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้ ข้าพเจ้าในฐานะเจ้าของสัต์ว์เลี้ยงตามสัญญาประกันภัยขอให้ความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ณ ที่นี้ ต่อ บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) และผู้มีอำนาจกระทำการแทนบริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์ จำกัด (มหาชน) รวมทั้ง แพทย์ โรงพยาบาลสัตว์ หรือนุคคลใด-ใดที่เกี่ยวข้องในการตรวจรักษา หรือพยาบาลในเรื่องใด-ใดก็ตามของสัต์ว์เลี้ยงของข้าพเจ้า ในอันที่จะให้,รับ และเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประวัติการรักษา ใบสั่งจ่ายยา วิธีให้การรักษหรือบันทึกใด ๆ ทางการแพทย์ของ สัต์ว์แพทย์ โรงพยาบาลสัตว์ หรือ บุคคลใดที่ให้การตรวจรักษาหรือพยาบาลในเรื่องใด ๆ ก็ตาม

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมว่า การถ่ายเอกสารหรือ โทสรเอกสารยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ฉบับนี้มีผลใช้บังคับตามกฎหมายเช่นเดียวกับเอกสาร ต้นฉบับ

For proper evaluation of my claim, I herewith give permission to release all information and documents related to my past record of treatment by the doctors / hospitals to Thaivivat Insurance Public Co., Ltd. And Thaivivat's assigned representatives. A photocopy of this statement shall be valid as the original.

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นข้อมูลที่เป็นจริง และถูกต้องทุกประการ

I herewith confirm that, to my best knowledge, the information given above is true, accurate and complete.

ลงนามผู้เอาประกันภัย

Signature Insured

(.....)

..... / /

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณาด้วยแล้ว ดังนี้ /I attach supporting documentation as per details below:

- แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
- ต้นฉบับเอกสาร ใบรับรองจากสัตวแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย หรือใบสรุปปิดหน้ากับใบเสร็จรับเงิน
- สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากของผู้เอาประกัน
- รูปถ่ายของสัต์ว์เลี้ยง : ประกอบด้วย 1. เต็มตัวด้านหน้า 2. บริเวณที่มีการรักษา 3. คำหมี(ถ้ามี)
- เอกสารอื่นๆ

กรุณารอกแบบฟอร์มข้างต้นให้สมบูรณ์ และ ส่งมาที่ ฝ่ายสินไหม บริษัทประกันภัยไทยวิวัฒน์ มหาชน (จำกัด) ตามที่อยู่ข้างล่างนี้

Kindly return the filled out claims form to Thaivivat Insurance Health Claims Department at:

โทรศัพท์/Telephone: 02-695-0800 หรือ 1231

อีเมล/E-Mail: clmnon@thaivivat.co.th

ที่อยู่/Post: ฝ่ายสินไหมทรัพย์สินและสุขภาพ
 บริษัทประกันภัยไทยวิวัฒน์ มหาชน (จำกัด)

อาคารประกันภัยไทยวิวัฒน์
 71 ถนนดินแดง แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400