



บริษัท เอไอเอ จำกัด

หนังสือรับรองการเรียกร้องสินไหมอุบัติเหตุจากผู้บริหารหน่วย

ใช้เฉพาะกรณีเรียกร้องอุบัติเหตุเท่านั้น

ชื่อผู้เอาประกันภัย		เลขที่บัตรประชาชน		หมายเลขกรมธรรม์(ทั้งหมด)			
		อายุ	เพศ				
ที่อยู่ปัจจุบัน		โทรศัพท์	อาชีพและหน้าที่ (ถ้ามีมากกว่าหนึ่งโปรดแจ้งให้หมด) และสถานที่ทำงาน				
<p>1. สาเหตุของอุบัติเหตุและอาการบาดเจ็บ</p> <p>- วันที่เกิดอุบัติเหตุ _____ เวลา _____ สถานที่เกิดเหตุ _____</p> <p>- วันที่พบแพทย์ _____ เวลา _____ วันที่เข้าโรงพยาบาล _____ วันที่ออกจากโรงพยาบาล _____</p> <p>- สาเหตุ _____</p> <p>- ลักษณะบาดแผลและส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ _____</p> <p>- รายละเอียดการรักษา _____</p> <p>- ชื่อแพทย์ที่ทำการรักษา _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____</p> <p>- ลาหยุดงาน วันที่ _____ ถึง _____ เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย _____</p>							
				คำยืนยันจากตัวแทน		คำยืนยันจากผู้บริหารหน่วย	
				ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
2. ท่านได้พบผู้เอาประกันภัยภายหลังเกิดอุบัติเหตุหรือไม่ ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ถ้าพบ ระบุวันที่ _____ สถานที่พบ _____							
3. ท่านได้เห็นบาดแผลหรือไม่ ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. บาดแผลหรือ อาการบาดเจ็บเป็นอุปสรรคต่อหน้าที่การงานหรือไม่ ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. สำหรับผู้บริหารหน่วย ท่านทราบอาการบาดเจ็บและลักษณะบาดแผลจาก							
- ผู้เอาประกันภัย						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ตัวแทนบริการ						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ท่านพอใจต่อการให้คำตอบของผู้เอาประกันภัย หรือการสังเกตการณ์ของตัวแทน ตามรายละเอียดที่ได้มีการบันทึกไว้ข้างต้นหรือไม่				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ท่านคาดว่าอาการบาดเจ็บข้างต้นจะเป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพของผู้เอาประกันนานเท่าไร				_____			
8. ท่านคิดว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ อีกที่ควรจะนำมาใช้ประกอบการพิจารณา โปรดระบุ				_____			
ลายเซ็นตัวแทนบริการ _____				ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย _____			
(_____)				(_____)			
รหัสตัวแทน _____		รหัสหน่วย _____		วันที่ _____			
หนังสือให้ความยินยอม							
ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับ การเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ไบสงยาหรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดและการตรวจรักษาต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใดๆ ต่อบริษัท หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ							
ลายเซ็นพยาน _____				ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย _____			
(_____)				(_____)			



ข้อเสนอแนะเพื่อการชดเชยสินไหมอุบัติเหตุ

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว _____ ผู้บริหารหน่วย _____
รหัสตัวแทน _____ รหัสหน่วย _____ ได้พิจารณารายละเอียดข้างต้นแล้ว
มีความเห็นว่าควรจ่ายค่าชดเชย ดังนี้

1. ค่าชดเชยอุบัติเหตุ

สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ (AI)

ทุพพลภาพชั่วคราวทั้งหมด (TD) _____ วัน จำนวนเงิน _____ บาท
(ทุน AI x 0.006 x จำนวนวันที่หารด้วย 7 แล้ว)

ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน (PD) _____ วัน จำนวนเงิน _____ บาท
(ทุน AI x 0.002 x จำนวนวันที่หารด้วย 7 แล้ว)

2. ค่ารักษาพยาบาล

กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA)

ค่ารักษาพยาบาล (ME) _____ บาท

สัญญาเพิ่มเติมการรักษาในโรงพยาบาลและศัลยกรรม (HS)

ค่ารักษาพยาบาล _____ บาท

3. ค่าชดเชยในการนอนโรงพยาบาล

สัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ (AI)

ค่าชดเชยการนอนโรงพยาบาล (HI) _____ วัน จำนวนเงิน _____ บาท
(ทุน AI x 0.003 x จำนวนวันที่หารด้วย 7 แล้ว)

สัญญาเพิ่มเติมค่าชดเชยในการนอนโรงพยาบาล (HB)

จำนวนวันที่รักษาในโรงพยาบาล _____ วัน จำนวนเงิน _____ บาท

กรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล (PA)

ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง (WI) _____ วัน จำนวนเงิน _____ บาท

ทั้งนี้ข้าพเจ้าเป็นผู้บริหารหน่วยที่ได้รับสิทธิแนะนำการพิจารณาสินไหมชั้นที่ 1 2

ลายเซ็นผู้บริหารหน่วย _____

(_____)

วันที่ _____

หมายเหตุ: 1. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ มิฉะนั้นบริษัท จะถือว่ากรณียกข้อยังไม่สมบูรณ์

2. เอกสารที่ต้องแนบเพื่อพิจารณา: ใบรับรองแพทย์, ใบเสร็จรับเงิน, ใบงบบสรูปค่ารักษาพยาบาล

กรณีที่หยุดงานให้แนบสำเนาใบลาหยุดงานด้วย