

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย (นาย/นางสาว/นาง/อื่นๆ) Insured Name:	อายุ Age: _____ ปี Year	หมายเลขโทรศัพท์ Telephone No.:	เลขบัตรประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง ID Card No./Passport No.:
ที่อยู่ปัจจุบัน Correspondence Address:			เลขที่กรมธรรม์ Policy Number:
กรณีอุบัติเหตุ (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบทุกข้อ) For accident case, please fill in all the details:			
<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล Medical Expense	<input type="checkbox"/> ค่าชดเชยรายได้ Incentive Benefit (HI)	<input type="checkbox"/> โรคร้ายแรงหรือทุพพลภาพ Critical Illness/Disability - TPD	<input type="checkbox"/> การสูญเสียชีวิต/มรณกรรม Death
วันที่เริ่มมีอาการ Date of Symptoms Onset:	วันที่เกิดเหตุ Date & Time of Incident/Accident:	สถานที่เกิดเหตุ Place of Incident/Accident:	
โปรดอธิบายลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น Brief of Loss:			
ลักษณะการรักษา Type of Treatment:	ชื่อ โรงพยาบาล/คลินิก Hospital/Clinic Name:	วันที่เข้ารับการรักษา Admission Date:	วันที่ออกจากโรงพยาบาล Discharge Date:
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก Outpatient (OPD) <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน Inpatient (IPD) <input type="checkbox"/> ตรวจสอบสิทธิ์ก่อนรักษา (Pre-auth) <input type="checkbox"/> ทันตกรรม Dental <input type="checkbox"/> กายภาพบำบัด Physiotherapy <input type="checkbox"/> การแพทย์ทางเลือก Alternative Medicine <input type="checkbox"/> ตรวจสอบสุขภาพ Health Screening/Check-up <input type="checkbox"/> อื่นๆ Other _____	ขอเงินที่เรียกร้อง Claim Amount: _____ บาท THB	ท่านได้เรียกร้องสินไหมครั้งนี้กับประกันภัยหรือประกันชีวิตอื่นหรือไม่ ถ้ามีโปรดระบุ Have you request the claims of this incident against other insurers? If yes, please specify: <input type="checkbox"/> ไม่มี No <input type="checkbox"/> มี Yes _____	
	กรณีรักษาต่างประเทศ โปรดระบุ Other foreign country, please specify:	ท่านมีความประสงค์ให้บริษัทฯ ส่งคืนเอกสารต้นฉบับกรมพิธีเสธหรือคุ้มครองไม่เต็มวงเงินหรือไม่ Would you like the company to send back original receipt if claim is rejected or partial covered? <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ No <input type="checkbox"/> ต้องการ Yes	
ธนาคาร Bank Name:	สาขา Branch:	เลขที่บัญชี <sup>1</sup> Bank account no. 1:	ชื่อบัญชี Account Name:

หมายเหตุ: <sup>1</sup> โปรดนำสมุดคู่ฝากเงินและรับรองสำเนาถูกต้องมาแสดง Please submit copy of Bank passbook signed by you.

#### ข้อตกลงยินยอมเปิดเผยข้อมูล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง และตกลงยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ บริษัทประกันภัย หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือรับประกันภัยข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบันเปิดเผยข้อมูลใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ การรักษาและทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมดรวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้องค่าชดเชยแก่ บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่หน่วยงานกำกับดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อนึ่งสำเนาของเอกสารฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

#### CONSENT TO DISCLOSURE INFORMATION

I hereby certify that above information is true and accurate, and consent any hospital physician, other insurers or other person who had attended or examined me or my family, to disclose/furnish to LMG Insurance Public Company Limited or authorized representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation prescription or treatment, and copies of all hospital or medical record. I give the company consent to disclose that information to the regulator or any related. A photocopy of this document shall be considered as effective and valid as the original.

ลายมือชื่อผู้ป่วย/บาดเจ็บ/ผู้เรียกร้อง/ผู้กระทำการแทน  
Signature of attorney and guardian

วันที่ Date

กรุณาส่งเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่ Please send claims document to:

#### แผนกสินไหมสุขภาพและอุบัติเหตุ (ส่งห้องไปรษณีย์ Mail Room)

บริษัท แอลเอ็มจี ประกันภัย จำกัด (มหาชน) ชั้นที่ 15 อาคารจัสมินซิตี เลขที่ 2  
ซอยสุขุมวิท 23 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110  
เวลาทำการ: จันทร์-ศุกร์ 8:30 - 17:00 น. เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์  
โทรศัพท์ +66 (0)2 648 6272 Ext.1  
อีเมล: AH.Claims@lmginsurance.co.th

#### A&H Claims Department (Mail Room)

LMG Insurance Public Company Limited 15<sup>th</sup> Floor, Jasmine City bld.  
2 Sukhumvit 23, Sukhumvit Rd, Klongtoey Nua, Wattana, Bangkok 10110  
Office Hours: Monday - Friday at 8:30-17:00 (Except Public Holidays)  
Tel: +66 (0)2 648 6272 Ext.1  
E-mail: AH.Claims@lmginsurance.co.th



## คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเรียกร้องสินไหมสุขภาพและอุบัติเหตุ

### Additional Guidance of Accident & Health Claims

กรมเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมเป็นภาษาต่างประเทศอื่นๆ ที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ ผู้เรียกร้องสินไหมต้องนำส่งเอกสารแปลที่ได้รับรองอย่างถูกต้อง  
All documents must be submitted in Thai or English only. Otherwise, claimant is responsible for translation.

<b>A. กรณีเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุ Health &amp; Accident Reimbursement Claims</b>
<input type="checkbox"/> แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม LMG Claim form
<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์และประวัติการรักษา หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัย/ผู้รับผลประโยชน์เป็นผู้รับผิดชอบ Medical Certificate/Past Medical History. Insured/Beneficiary are responsible for document fees - if any.
<input type="checkbox"/> ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจพยาธิวิทยา Laboratory/Pathology/Investigation Result
<input type="checkbox"/> ดั้งฉบับใบเสร็จรับเงิน พร้อมรายละเอียดแจกแจงค่าใช้จ่าย Original Receipt with breakdown/itemized invoice
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร และรับรองสำเนาถูกต้อง Copy of ID/Passport/Birth Certificate (for dependent only). All documents must be signed of true copy.
<input type="checkbox"/> สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้รับผลประโยชน์) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์ Copy of passbook
<input type="checkbox"/> เอกสารยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการรักษา (เมื่อมีการร้องขอ) Signed consent form for release of medical history (upon request)
<b>B. กรณีเรียกร้องสินไหมค่าชดเชยรายได้ Hospital Incentive/Hospitalization Cash Benefit Claims</b>
<input type="checkbox"/> เอกสารตามที่ระบุในข้อ A โดยใบรับรองแพทย์และใบเสร็จรับเงินสามารถใช้เอกสารสำเนาจากต้นฉบับได้ Document as listed in (A) with copy of receipt and medical certificate. The original document of receipt & medical certificate is not required.
<b>C. กรณีเรียกร้องสินไหมค่าชดเชยจากโรคมะเร็งหรือโรคร้ายแรงอื่นๆ Incentive Benefit of Cancer &amp; Other Critical Illness Claims</b>
<input type="checkbox"/> เอกสารตามที่ระบุในข้อ A โดยใบรับรองแพทย์และใบเสร็จรับเงินสามารถใช้เอกสารสำเนาจากต้นฉบับได้ Document as listed in (A) with copy of receipt and medical certificate. The original document of receipt & medical certificate is not required. Signed consent form for release of medical history (upon request).
<input type="checkbox"/> ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจชิ้นเนื้อ ผลตรวจพยาธิวิทยา Laboratory/Biopsy/Pathology/Investigation Result
<b>D. กรณีเรียกร้องสินไหมค่าชดเชยทุพพลภาพและการสูญเสียอวัยวะ Incentive Benefit of Total Disability – TPD &amp; Dismemberment Claims</b>
<input type="checkbox"/> แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม LMG Claim form
<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์และประวัติการรักษา การบำบัดฟื้นฟู หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัย/ผู้รับผลประโยชน์เป็นผู้รับผิดชอบ Medical Certificate/Past Medical History and Rehabilitation Report. Insured/Beneficiary are responsible for document fees - if any.
<input type="checkbox"/> แบบประเมินภาวะทุพพลภาพที่กระทำโดยแพทย์ พร้อมประทับตราโรงพยาบาล Physician statement of Disability's evaluation with hospital stamp
<input type="checkbox"/> หลักฐานการเกิดเหตุและภาพถ่ายการสูญเสียหรือภาพประกอบเหตุการณ์ Photos of disabled person/Evidence of incident or damage
<input type="checkbox"/> บันทึกประจำวันตำรวจ ณ วันที่เกิดอุบัติเหตุ/สรุปสำนวนคดี (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน) Police report with police's case summary (if any) on date of accident.
<input type="checkbox"/> รายงานผลตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด ณ วันที่เกิดเหตุ Laboratory result of blood alcohol level at the date of incident incurred
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาสูติบัตร และรับรองสำเนาถูกต้อง Copy of ID/Passport/Birth Certificate (for dependent only). All documents must be signed of true copy.
<input type="checkbox"/> สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร (ของผู้รับผลประโยชน์) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์ Copy of passbook
<input type="checkbox"/> เอกสารยินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการรักษา (เมื่อมีการร้องขอ) Signed consent form for release of medical history (upon request)
<b>E. กรณีเรียกร้องสินไหมมรณกรรมหรือการเสียชีวิต Death Claims</b>
<input type="checkbox"/> แบบฟอร์มแจ้งเรียกร้องค่าสินไหม LMG Claim form
<input type="checkbox"/> มรณบัตร (รับรองสำเนาโดยผู้ออกเอกสาร) หนังสือรับรองการตายที่ออกโดยแพทย์ พร้อมประทับตราโรงพยาบาล Death Certificate and Physician Statement of the Death with hospital stamp
<input type="checkbox"/> รายงานชันสูตรพลิกศพ รายงานผลตรวจทางนิติวิทยาศาสตร์ Autopsy Report/Postmortem Examination/Forensic Report
<input type="checkbox"/> รายงานผลตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด ณ วันที่เกิดเหตุ Laboratory result of blood alcohol level at the date of incident incurred
<input type="checkbox"/> หลักฐานการเกิดเหตุและภาพถ่ายการสูญเสียหรือภาพประกอบเหตุการณ์ Evidence of incident/Photos of damage
<input type="checkbox"/> รายงานแพทย์และประวัติการรักษาทั้งหมด Medical Report/Past Medical History
<input type="checkbox"/> บันทึกประจำวันตำรวจ ณ วันที่เกิดอุบัติเหตุ/สรุปสำนวนคดี (รับรองโดยเจ้าพนักงานสืบสวน) Police report and policy case summary
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต (ประทับตรา"ตาย") Copy of dead person's ID/Passport/House Registration with death stamp
<input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับผลประโยชน์ Copy of beneficiary (s) ID/Passport/House Registration
<input type="checkbox"/> สำเนาหน้าบัญชีธนาคารของผู้รับผลประโยชน์ Copy of the beneficiary's passbook

