

วันที่ 25 สิงหาคม 2565

โรงพยาบาลของรัฐประเภท	
เลขรับที่	4594
วันที่	29 ส.ค. 65
เวลา	11.22 น.

เรื่อง ขอสำเนาประวัติการรักษาพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

**โรงพยาบาลของรัฐประเภท**

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบยินยอมเปิดเผยประวัติฯ, สำเนาบัตรประชาชน, ค่าธรรมเนียมประวัติ 300 บาท

เนื่องด้วย บริษัท ชัยบัสสามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) ได้มอบหมายอย่างเป็นทางการให้ บริษัท เบลท์ เบนนิฟิต คอนซัลแตนท์ จำกัด ดำเนินการพิจารณาสิทธิใหม่ค่ารักษาพยาบาลให้กับผู้เอาประกัน ซึ่งขณะนี้ **คุณติน ประภาศิริมงคล** ได้ส่งเอกสารเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล เพื่อให้การพิจารณาจ่ายเงินค่าทดแทนดังกล่าวเป็นไปอย่างถูกต้องและเป็นธรรมบริษัทจึงมีความจำเป็นต้อง ขอถ่ายสำเนาประวัติการตรวจรักษา ของผู้เอาประกันรายดังกล่าวซึ่งได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของท่าน **HN .....** เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาจ่ายสินไหมดังต่อไปนี้

1. ☒ OPD Card ☐ ครั้งนี้ ☒ ทั้งหมดตั้งแต่แรกเริ่มรักษา ถึงปัจจุบัน
2. ☒ IPD ☒ ทุกครั้ง ☒ ทั้งหมดตั้งแต่แรกเริ่มรักษา ถึงปัจจุบัน ดังนี้
  - ☒ บันทึกการจุดปรอท (Graphic sheet)
  - ☒ บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (Doctor's order sheet)
  - ☒ บันทึกผู้ป่วยในแรกรับ (Admission note)
  - ☒ บันทึกความก้าวหน้าอาการและการตรวจรักษาของแพทย์ (Progress note)
  - ☒ บันทึกการให้ยา (Medication record)
  - ☒ บันทึกรายงานการพยาบาล (Nurse's note)
3. ☒ บันทึกการผ่าตัด (Operative Note)
4. ☒ ใบบันทึกการทำกายภาพบำบัด
5. ☐ ขอแยกรายละเอียดค่ายา,เวชภัณฑ์ และค่ารักษา พร้อมราคา
6. ☒ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(Laboratory test/ Pathology) => ทั้งหมด
7. ☒ ผล X- ray, MRI, CT Scan , U/S,EKG,..... => ทั้งหมด
8. ☒ อื่นๆ \*หนังสือส่งตัว หรือประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลอื่น (ถ้ามี) \*

ทางบริษัทฯ ขอให้ทางโรงพยาบาลออกใบเสร็จรับเงินในนาม **"บริษัท ชัยบัสสามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)"** (**คุณติน ประภาศิริมงคล**) แนบมาพร้อมกับเอกสารที่ขอด้วย

บริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่าน และขอขอบพระคุณในความร่วมมืออันดีของท่านมา ณ

โอกาสนี้ หากท่านต้องการสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมสามารถติดต่อหมายเลข โทรศัพท์ 02 6128900 ต่อ 7710

หมายเหตุ เมื่อดำเนินการแล้ว กรุณาส่งเอกสารตามช่องติดแสตมป์แนบ หรือส่งความที่อยู่ด้านล่าง

**ที่อยู่ส่งกลับ**

สุภัคชดา จุลมกร(CN/ชชช)

บริษัท เบลท์ เบนนิฟิต คอนซัลแตนท์ จำกัด

ชั้น 19 อาคารวรวัฒน์ 849 ถนนสีลม

แขวงสีลม เขตบางรัก กทม. 10500



เพื่อโปรดทราบ



เพื่อโปรดพิจารณา



เห็นความชอบ.....ขอแสดงความนับถือ



อื่นๆ .....

(นางสาวสุภัคชดา จุลมกร)

30 ส.ค. 2565

ฝ่ายพิจารณาสิทธิใหม่

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

CHUBB®

Chubb Samaggi Insurance PCL.  
2/4 Chubb Tower, 12 Fl.,  
Northpark Project  
Vibhavadi-Rangsit Rd.  
Thung Song Hong, Lakso  
Bangkok 10210

บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
2/4 อาคารชัยบุรี ชั้นที่ 12  
โครงการนอร์ทปาร์ค  
ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงทุ่งสองห้อง  
เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

โทรศัพท์ +66 0 2555 9100  
โทรสาร +66 0 2955 0205  
www.chubb.com/th

A&H Claims Department  
Received

18 AUG 2022

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยอุบัติเหตุ สุขภาพ และการเดินทาง

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

- กรุณารอคอยข้อมูลให้ครบถ้วน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้รับไว้ในตอนท้ายแต่ละความคุ้มครอง เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาสินไหมทดแทน
- กรุณารอคอยข้อมูลปัจจุบัน และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ ในกรณีที่บริษัทต้องการเอกสารในการพิจารณาเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทจะแจ้งกลับภายใน 5 วันทำการหลังจากได้รับเอกสาร
- เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วท่านสามารถส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนโดยผ่านช่องทาง ดังนี้
  - ส่งผ่านโปรแกรมออนไลน์ โดยส่งตามที่อยู่ : สำนักงานสินไหมอุบัติเหตุและสุขภาพ เลขที่ 2/4 บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน) อาคารชัยบุรี ชั้น 12 โครงการนอร์ทปาร์ค ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
  - ส่งผ่านตัวแทน / นายหน้าประกันภัย / ธนาคารไทยพาณิชย์ ทุกสาขา / สำนักงานสาขา ของ บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)

หมายเหตุ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการร้องขอให้ท่านส่งเอกสารหรือข้อมูลเพิ่มเติมตามความจำเป็น

กรุณาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของเอกสาร พร้อมลงลายมือชื่อรับรองว่าข้อมูลถูกต้องในเอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับ

ข้อมูลทั่วไป (กรุณากรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้สมบูรณ์)

ชื่อผู้เอาประกันภัย	ก๊วน ประภาศิริมงคล			กรมธรรม์เลขที่	SWOTH0007536881		
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ / Passport No.	3251100100060			เพศ	หญิง	วัน / เดือน / ปีเกิด	21/11/1963
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้	97 หมู่ 3 ต.ตาพระยา อ.ตาพระยา จ.สระแก้ว						
อาชีพ	พนักงานบริษัท			อีเมลที่ติดต่อได้			
เบอร์โทรศัพท์มือถือ	0899106028			เบอร์โทรศัพท์บ้าน / ที่ทำงาน			
ในกรณีที่ชื่อผู้เอาประกันภัยและผู้ถือกรมธรรม์ไม่ได้เป็นชื่อเดียวกัน				ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่	<input type="checkbox"/> ใช่ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่ใช่		
โปรดระบุชื่อผู้เอาประกันภัย				ในกรณีที่ไปโปรดระบุบริษัท			
กรณีเรียกร้องค่าสินไหมภายใต้สิทธิประโยชน์ของบัตรเครดิต โปรดระบุประเภทบัตรเครดิต				เลขที่บัตรเครดิต			

ช่องทางการรับค่าสินไหมทดแทน

- ☐ เช็คเงินสด
- ที่อยู่ในการจัดส่งเช็ค \_\_\_\_\_
- ☒ ระบบโอนผ่านบัญชีธนาคาร
- ธนาคารสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้เอาประกันภัย ประเภทออมทรัพย์ (หน้าแรก)

คำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าทราบถึงบริษัทหรือตัวแทนอาจส่งต่อหรือสอบถามรายละเอียดข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ให้กับบริษัทประกันภัยรายอื่นและ/หรือหน่วยงานอื่นใดที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล หรือแพทย์ ที่เคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้าได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย มีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์

การปรึกษา การให้อาหารหรือการรักษา และประวัติทางการแพทย์ทั้งหมดรวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้องค่าสินไหมเพื่อส่งมอบต่อ บริษัท ชับบ์สามัคคีประกันภัย จำกัด (มหาชน)

หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท อนึ่ง สำเนาคำรับรอง / หนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

นาง ก๊วน ประภาศิริมงคล  
ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย

16/08/2022  
วันที่

ลายมือชื่อผู้กระทำการแทน

25/08/2022  
วันที่



เลขที่เจ้าหน้าที่

เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง	สาขา / ช่องทาง
โทรศัพท์	วันที่




**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 2511 00100 06 0**  
 ชื่อและชื่อสกุล **นาง ติน ประภาสิริมงคล**  
 Name **Mrs. Tin**  
 Last name **Prepasirimongkol**  
 เกิดวันที่ **2 พ.ย. 2506**  
 Date of Birth **2 Nov. 1963**  
 ศาสนา **พุทธ**  
 ที่อยู่ **97 หมู่ที่ 3 ต.ตาพระยา อ.ตาพระยา**  
 จ.สระแก้ว  
 30 ต.ค. 2558  
 วันออกบัตร  
 30 Oct. 2015  
 Date of Issue  
 (ลายเซ็น)   
 1 พ.ย. 2566  
 วันบัตรหมดอายุ  
 1 Nov. 2023  
 Date of Expiry  
 2783-02-10390920

คำขอถูกต้อง ✓  
 นาง ติน ประภาสิริมงคล

**BORA-8.3-04**  
  
  
 ประเทศไทย  
 THAILAND  
 JT2-0943766-40

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card  
เลขประจำตัวประชาชน 3 3419 00291 08 0  
ชื่อและชื่อสกุล น.ส. สุภาชดา จุลมกร  
Name Miss Supakchada  
Last name Jullamakorn  
เกิดเมื่อวันที่ 5 ธ.ค. 2515  
Date of Birth 7 Dec. 1972  
ศาสนา พุทธ  
ที่อยู่ 227 หมู่ 7 ต.ทรายมูล อ.บึงสามพัน จ.พิจิตร  
จ.บึงสามพัน  
15 มี.ค. 2564  
วันออกบัตร 15 Mar. 2021  
Date of Issue  
รหัสนิติบัตร 6 ธ.ค. 2572  
วันหมดอายุ 6 Dec. 2029  
Date of Expiry 1004-03-03151509

บริษัท เฮลท์ เบนนิฟิต คอนซัลแตนท์ จำกัด  
Health Benefit Consultants Co.,Ltd  
849 อาคารวราวัฒน์ ชั้น 19 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก  
กทม. 10500  
สุภาชดา จุลมกร  
Supakchada Jullamakorn  
รหัสพนักงาน 30103  
25/03/2021

สำเนาถูกต้อง

นางสาวสุภาชดา จุลมกร

ใช้สำหรับขอประวัติการรักษาของผู้ประกัน  
บริษัท ชีบับสามัคคีประกันภัย จำกัด(มหาชน) เท่านั้น