



แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาล / การตัดทอนการเดินทาง
FAST LANE MEDICAL EXPENSES / TRIP CURTAILMENT CLAIM FORM



ชั้น 29 อาคารทณภูมิ 1550 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงมักกะสัน เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400 โทร: 0 2305 8533 โทรสาร: 0 2305 8523
29th Floor, Thanapoom Tower, 1550 New Petchburi Road, Makasan,
Rajathevi, Bangkok 10400 Tel: 0 2305 8533 Fax: 0 2305 8523

รับประกันภัยโดย แอลเอ็มจี ประกันภัย
underwritten by LMG Insurance Co., Ltd.



| | |
|--|--|
| เลขที่เรียกร้อง สินไหม Claim No. | (เฉพาะเจ้าหน้าที่เท่านั้น) (Office use Only) |
|--|--|

กรุณากรอกข้อมูลทุกส่วนในแบบฟอร์มนี้ให้สมบูรณ์ครบถ้วน และส่งคืนมายังบริษัทฯ พร้อมหลักฐานการเรียกร้องสินไหม แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมหนึ่งใบสำหรับผู้เอาประกันภัยหนึ่งราย

In order for your claim to be dealt with promptly, please ensure ALL SECTIONS of this Claim Form are fully completed and returned to us by post together with all the required claims evidence. A separate claim form must be completed for each Insured Person who is claiming under the policy.

กรุณาเก็บสำเนาเอกสารทั้งหมดที่ส่งคืนมายังบริษัทฯ เพื่อเป็นหลักฐาน
Please use block letters. Please retain a copy of all documents sent to us for your records.

หมายเหตุ: ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆ ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานเรียกร้องสินไหมทดแทน เพื่อให้เอกสารการเรียกร้องสินไหมนี้สมบูรณ์ ตลอดจนหลักฐานประกอบอื่นๆ ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้มิได้อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์

PLEASE NOTE: ALL EXPENSES INCURRED IN COMPLETING THIS CLAIM FORM AND PROVIDING ALL THE NECESSARY EVIDENCE TO SUPPORT THIS CLAIM MUST BE PAID BY YOU. EXPENSES INCURRED IN PROVIDING EVIDENCE ARE NOT COVERED UNDER THIS POLICY.

ส่วน A - รายละเอียดลูกค้าและการเดินทาง (กรุณากรอกข้อมูลทุกกรณี)
SECTION A - CUSTOMER AND TRAVEL DETAILS (To be completed in all cases)

1. กรมธรรม์เลขที่
Policy Number

2. นามสกุลผู้เอาประกันภัย
Surname of Insured Person

3. ชื่อผู้เอาประกันภัย
Given Name (s) of Insured Person

4. อาชีพผู้เอาประกันภัย
Occupation of Insured Person

5. วัน เดือน ปีเกิดผู้เอาประกันภัย
Date of Birth of Insured Person

6. ที่อยู่ (สำหรับติดต่อ)
Address (to be used for correspondence)

7. เบอร์โทรศัพท์
Telephone Numbers

| | |
|--------------------------|----------------------|
| ที่ทำงาน () Work () | บ้าน () Home () |
| มือถือ () Mobile () | แฟกซ์ () Fax () |

8. รายละเอียดการเดินทาง
Travel Details

8(a). วันที่สำรองการเดินทาง
Date travel arrangements were booked

8(b). วันที่ออกเดินทางจากประเทศไทย
Date of departure from Thailand

8(c). วันที่กลับมายังประเทศไทย
Date of return to Thailand

9. เดินทางไปยังประเทศ
Overseas Destination (s)

10(a). คุณเคยเรียกร้องสินไหมประกันภัยการเดินทางมาก่อนหรือไม่
Have you made any previous claims in respect of travel insurance?

เคย Yes ไม่เคย No

10(b). ถ้าเคย กรุณาระบุรายละเอียดการเรียกร้องสินไหมดังกล่าว
(เช่น วันที่ จำนวนเงิน ประเภทของการเรียกร้องสินไหม และบริษัทประกันภัยคู่สัญญา)
If yes, please provide exact details of claims (e.g. date, amount, type of claim and insurance company involved)

10. กรุณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และคำแนะนำจากแพทย์ทั้งหมดที่ท่านได้รับในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา
Please state details of your medical treatment and advice which you have received from a doctor in the last 3 years

| รายชื่อหมอกที่ทำการรักษา Name of Treating Doctors | วันที่ได้รับการรักษา หรือ คำแนะนำ Date of Treatment or Advice | ลักษณะ / ชนิด ของการบาดเจ็บ หรือ ความเจ็บป่วย Nature / Type of Injury or Illness | ชนิดของการรักษา / การให้ยา Type of Treatment / Medication |
|--|--|---|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

11. ปัจจุบันคุณอยู่ระหว่างการรักษาพยาบาล หรือ รับประทานยาหรือไม่?

Are you currently on medical treatment / medication?

ใช่ Yes ไม่ใช่ No

ถ้าใช่ กรุณาระบุรายละเอียดการรักษาพยาบาล หรือ รับประทานยาในปัจจุบัน

If yes, please describe your current treatment / medication.

เอกสารสำคัญเพื่อประกอบการพิจารณาเพื่อเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล / การตัดทอนการเดินทาง – ส่วน B

IMPORTANT DOCUMENTS REQUIRED TO PROCESS YOUR MEDICAL EXPENSES CLAIM / TRIP CURTAILMENT CLAIM – SECTION B

การเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

Medical Expense Claims

- a) ต้นฉบับใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล
Original Medical Expense Bills
- b) ต้นฉบับใบรับรองแพทย์ / รายงานการรักษาของแพทย์
Original Medical Certificate / Report from Treating Doctor
- c) กรุณากรอกข้อมูลเพิ่มเติมในส่วน D ให้สมบูรณ์
Section D (to be completed by the Doctor)
- d) ต้นฉบับรายงานของตำรวจ (ถ้าเป็นอุบัติเหตุ)
Original Police Report (If claim is due to an accident)

การตัดทอนการเดินทาง

Trip Curtailment Claims

- a) ต้นฉบับตั๋ว / ใบเสร็จ / ใบผ่านในกรณีที่ไม่สามารถคืนเงินได้
Original tickets/vouchers/passes if they are completely non-refundable
- b) ต้นฉบับจดหมายจากบริษัทท่องเที่ยวเกี่ยวกับการการตัดทอนการเดินทาง ซึ่งระบุจำนวนเงินที่ท่านได้ชำระ และจำนวนเงินที่สามารถขอคืนได้ (ถ้ามี)
Original Travel Company's letter detailing trip curtailment charges. This should show amounts paid for your travel, amounts to be refunded due to the curtailment by the travel company (if any)
- c) ต้นฉบับหลักฐานการชำระเงิน
Original Trip proof of payment
- d) กรุณากรอกข้อมูลเพิ่มเติมในส่วน D ให้สมบูรณ์
Section D (to be completed by the Doctor)
- e) ต้นฉบับรายงานของตำรวจ (ถ้าเป็นอุบัติเหตุ)
Original Police Report (If claim is due to an accident)

ส่วน C – การจ่ายสินไหม (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

SECTION C – CLAIM PAYMENT METHOD AND DECLARATION (To be completed in all cases)

1. กรุณาระบุวิธีการจ่ายสินไหมที่ท่านต้องการ โดยทำเครื่องหมายหน้าข้อที่ต้องการ
Please tick your preferred method of payment.

Form with checkboxes for payment methods: 'ผ่านธนาคารของท่าน' (Direct Credit to a Bank Account) and 'โดยเช็คส่งไปยังที่อยู่' (By cheque to the correspondence address). Includes fields for bank name, account name, bank code, branch code, and account number.

กรุณาอ่านคำรับรองข้างล่างนี้อย่างระมัดระวังและลงชื่อพร้อมวันที่
Please read the declaration carefully and sign and date below

DECLARATION section containing a text box for the declarant's statement and a signature line with a date field.

ส่วน D - ใบรับรองแพทย์

SECTION D – MEDICAL CERTIFICATE

เพื่อให้การเรียกร้องสินไหมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย การยกเลิกการเดินทางหรือการตัดทอนการเดินทางเป็นไปอย่างรวดเร็ว กรุณาให้แพทย์ของท่านกรอกข้อมูลในส่วนนี้ให้ครบถ้วน

In order for Medical Expenses or Trip Curtailment claims to be dealt with promptly, please ensure this section is fully completed by your Doctor.

1. ชื่อผู้ป่วยที่ท่านทำการรักษา (เช่น ผู้ทำประกัน)
Name of Person to whom this certificate applies (i.e. the person whose state of health caused the claim)

2. ท่านเป็นแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยหรือไม่ ถ้าใช่กรุณาระบุระยะเวลาที่คนไข้อยู่ในความดูแลของท่าน
Are you the patient's usual medical attendant? If yes, for how long?

3. กรุณาชี้แจงรายละเอียดของอาการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ ที่ทำให้เกิดการเรียกร้องสินไหม
Please give precise details of the nature of the illness or injury which gave rise to this claim.

Large empty text box for providing details of the illness or injury.

4. กรุณาระบุวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

What was the date of onset of the illness or the date the injuries were received?

5. กรุณาระบุวันที่วันแรกที่ท่านได้ทำการรักษา

What was the date you first investigated or were consulted by the patient for this condition?

6. อาการเจ็บป่วยนี้เกิดขึ้นเนื่องจากผลของสารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือ การติดยาเสพติด ใช่หรือไม่

Is there any indication that the condition suffered was due to substance, alcohol or drugs abuse?

ใช่ Yes ไม่ใช่ No ไม่แน่ใจ Uncertain

7(a). ผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรักษาความเจ็บป่วย หรืออาการบาดเจ็บในลักษณะเดียวกัน หรือที่ใกล้เคียงกันนี้ตามที่ระบุในข้อ 3 และเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอยู่ก่อนที่จะตรวจพบหรือไม่

Has the patient previously been investigated, diagnosed or treated in respect of the same, similar or related illness or injury and is there any indication that the condition was pre-existing?

เคย Yes ไม่เคย No

7(b). ถ้าเคย ผู้ป่วยได้รับการรักษาครั้งสุดท้ายเมื่อไร และกรุณาระบุวิธีการรักษา และ / หรือ ใบบสั่งยา

If yes, when was the last time, prior to the occurrence which gave rise to this claim and what treatment and / or medication was prescribed?

8. ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้รักษา และ / หรือรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างการเดินทาง หรือไม่

Was the patient advised to continue this treatment and / or medication whilst on their overseas trip?

9. ท่านสามารถยืนยันว่าเหตุผลที่ได้ระบุในข้อ 3 เป็นสาเหตุของการ ตัดทอนการเดินทาง

Please could you confirm that solely due to the condition described in question 3, the claimants was / were compelled to curtail their trip.

10. ท่านได้แนะนำให้ผู้ป่วยเดินทางกลับประเทศไทย ด้วยสาเหตุของความเจ็บป่วย / บาดเจ็บซึ่งได้ระบุในข้อ 3 หรือไม่

Did you recommend that the patient return to Thailand because of their illness / injury described in Question 3?

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ระบุในใบรับรองแพทย์นี้เป็นความจริงและถูกต้อง

I certify that the statements contained in this Medical Certificate are true and correct.

ลายเซ็นแพทย์:

Doctor's signature

ชื่อแพทย์:

Doctor's Name

วุฒิบัตร:

Qualification

วันที่:

Date

ที่อยู่แพทย์:

Doctor's Address

รหัสไปรษณีย์:

Postcode

โทรศัพท์:

Doctor's Telephone

แฟกซ์:

Fax

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม หรือข้อเสนอแนะต่างๆ

Space for additional Information or Comments



| | |
|--------------------------------------|---|
| DATE: PATIENT NAME: | FROM : MONDIAL ASSISTANCE THAILAND TEL NO : + 66 (0) 2 305 85 33 |
| CASE: FAX NO : | FAX NO : + 66 (0) 2 305 85 23 |

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

I, _____ passport number _____, hereby authorize any hospital, physician or other person who has medically examined me to furnish Mondial Assistance Thailand any all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment that were rendered to me. A Photostat /Faxed copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

I understand that this authorization will allow Mondial Assistance Thailand to use the information obtained to investigate and adjudicate my claims.

(Patient's Signature)

(Witness Signature)

Date signed by Above & Location

MONDIAL ASSISTANCE (THAILAND) CO., LTD.

29th Floor, Thanapoom Tower
1550 New Petchburi Road, Makasan
Rajthevi, Bangkok 10400 Thailand
Tel: +66 (0) 2305-8555 Fax: +66 (0) 2305-8556
www.mondial-assistance-thailand.com

MEDICAL ASSISTANCE

Tel: +66 (0) 2305 8525
Fax: +66 (0) 2305 8523