

แบบเรียกวงคุ้มครองค่าทดแทนเนื่องจาก COVID-19 (COVID-19 CLAIM FORM)		
สำคัญ : เพื่อการจ่ายค่าเสียหายได้รวดเร็ว โปรดแนบรายงานแพทย์และใบเสร็จคำรักษาพยาบาลตัวจริงมาพร้อมแบบเรียกวงนี้		
กรมธรรม์เลขที่ Policy No.		
ชื่อผู้เรียกร้องค่าเสียหาย Name of Claimant	อายุ Age	โทรศัพท์ Tel.
ที่อยู่ Address		
ชื่อผู้เอาประกันภัย Name of Person Insured	อายุ Age	โทรศัพท์ Tel.
ที่อยู่ Address		
วันที่เข้าตรวจโควิด Date of Covid Testing	วันที่ทราบผล Date of Notified	สถานพยาบาล Hospital
ความสัมพันธ์ Relationship		
วันที่ฉีดวัคซีน Date of Covid Vaccination	วันที่พบอาการ Date of	สถานพยาบาล Hospital
ความสัมพันธ์ Relationship	โรคประจำตัว *** Congenital disease	
บรรยายอาการที่เกิดขึ้นโดยละเอียด Describe Symptoms in Detail		
ท่านกำลังเรียกร้องค่าประกันหรือค่าทดแทนอื่นใดเนื่องจากการป่วยคราวนี้หรือไม่ Are you making any other Insurance or Compensation Claim as a result of This illness? เรียกร้อง Yes      ไม่ No	บริษัท Name of Company	
ขณะเกิดอุบัติเหตุผู้เอาประกันภัยกำลังเดินทางอยู่หรือไม่?      ถ้ากำลังเดินทางอยู่      จาก      ถึง Was the person insured?      If so      From      To		
ระบุพาหนะ (บอกชื่อรถไฟ, รถประจำทาง, สายการบิน, เลขที่มาจากเที่ยวบิน, ฯลฯ) Exact Conveyance (State Name of Train, Bus, Airline, Flight number, ETC.)		
ระบุบาดเจ็บที่ได้รับ Describe Injury		
แพทย์ผู้ตรวจรักษา Attending Doctor	ตำแหน่งที่อยู่ของแพทย์ Doctor's Address	
ชื่อและตำแหน่งที่อยู่ของโรงพยาบาล Give Name and Address of Hospital		
ไม่สามารถทำงานอาชีพอย่างสิ้นเชิง Totally and Absolutely Disabled จาก      ถึง From      To	ไม่สามารถทำงานอาชีพบางส่วน Partially Disabled จาก      ถึง From      To	ต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาล Confined to Hospital จาก      ถึง From      To

(แบบฟอร์มนี้ต้องกรอกและส่งบริษัทประกันโดยเร็วที่สุด อย่างช้าไม่เกิน 30 วัน)

### หนังสือยินยอม

ข้าพเจ้าขอยินยอมให้ โรงพยาบาล นายแพทย์ หรือผู้อื่นใด ซึ่งได้กระทำการตรวจ และรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัทหรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย หากได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา โยคี ยา หรือการรักษา และตำแหน่งที่กของโรงพยาบาล หรือการแพทย์ ของข้าพเจ้า ใด ๆ ซึ่งสามารถนำข้อมูลของหนังสือยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีความลับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

### AUTHORIZATION

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the company, or its authorized representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original

ลงนาม \_\_\_\_\_

SIGN HERE

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย วันที่  
INSURED'S SIGNATURE DATE :

ลงนาม \_\_\_\_\_

SIGN HERE

ลายเซ็นของผู้เรียกร้องผู้บาดเจ็บ วันที่  
CLAIMANT'S SIGNATURE DATE :