

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนทุพพลภาพ
Claimant's Statement



ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกันภัย _____ อายุ _____ ปี ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก.
Insured's Name Age Year Hieght cm Weight kg.

ข. ที่อยู่ปัจจุบันของผู้เอาประกันภัย _____
Insured's Address _____

ค. กรุณาระบุสาเหตุของการทุพพลภาพ Please state briefly the cause of the disability

ง. ลักษณะของการทุพพลภาพ Character of Disability

จ. วันที่เริ่มทุพพลภาพ _____ วันที่ท่านหยุดทำงานทั้งหมด _____
What date did you begin this disability? What date did you stop all work?

ฉ. กรุณาระบุอาชีพและหน้าที่ความรับผิดชอบของท่านก่อนเกิดการทุพพลภาพ Please state career and responsibility before this disability

ช. ขณะนี้ท่านยังทำการรักษาอยู่หรือไม่ Have you continued your treatment? _____
ด้วยวิธีการใด in what way? _____

ซ. วันที่ (หรือประมาณ) ที่ท่านจะเริ่มปฏิบัติหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งในธุรกิจของท่าน _____
What date did you or (approximatly) will you first attend to any business duties?

ฅ. ท่านมีประกันหรือสวัสดิการ การเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ หรือรักษาพยาบาลไว้กับที่ใดบ้าง

Do you have any insurance or welfare for your illness, injury or treatment? Where?

บริษัท Company Name _____ วันเริ่มสัญญา Policy Date _____

บริษัท Company Name _____ วันเริ่มสัญญา Policy Date _____

ญ แพทย์ที่ท่านไปปรึกษาเกี่ยวกับการทุพพลภาพนี้ Physician consulted for this disability

ชื่อ Name	สถานพยาบาล Hospital / Clinic	ตั้งแต่ Since	จนถึง Until	ชนิดของการรักษา Character of treatment

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ตอบคำถามเหล่านี้ตามความเป็นจริง (I declare that the answers given above are true and complete)

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย _____ ลายมือชื่อพยาน _____ ลายมือชื่อพยาน _____
วันที่ _____ วันที่ _____ วันที่ _____

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้าตกลงมอบอำนาจให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย _____ วันที่ _____

บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต ชั้น 1 อาคารเพลินจิตทาวเวอร์ 898 ถ.เพลินจิต กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2305-7000 โทรสาร 0-2305-7011 ทะเบียนเลขที่ 0107537001315
Allianz Ayudhya Assurance Pcl 1st Floor, Ploenchit Tower, 898 Ploenchit Road, Bangkok 10330 Tel 0-2305-7000 Fax.0-2305-7011 www.azay.co.th

ใบแสดงความเห็นของแพทย์
Attending Physician's Statement



กรุณากรอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1

ชื่อและนามสกุลผู้ประกันภัย อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
Insured's Name Age Year Height cm Weight kg.

1. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ

State briefly the cause of the disability suffered and describes its nature severity

2. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอ็กซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ

State briefly the result of Neurological examination, Laboratory tests, X-ray, etc.

3. การวินิจฉัย

Diagnosis

4. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ

Any Complication

5. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ จนถึง ที่

Treatment render by you since

Until

At

ชนิดของการรักษา

Character of treatment

6. การตรวจร่างกาย Physical Examination

6.1 ระดับความรู้สึกตัว Level of Consciousness	<input type="checkbox"/> รู้สึกรู้ตัว Alert	<input type="checkbox"/> สับสน Confuse	<input type="checkbox"/> สลึมสลือ Drowsy	<input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว Unconscious
6.2 กำลังของกล้ามเนื้อ Muscle Power	Arm Right Grade : 0 I II III IV V Left Grade : 0 I II III IV V	Leg Right Grade : 0 I II III IV V Left Grade : 0 I II III IV V		
6.3 ความสามารถในการฟัง Listening	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ Difficult in Understanding	<input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย Can't understand	
6.4 ความสามารถการพูด Speaking	<input type="checkbox"/> ปกติ (normal) <input type="checkbox"/> ฟังผู้อื่นพูดเข้าใจแต่พูดไม่ได้	<input type="checkbox"/> พูดได้แต่ไม่ชัดเจน (Dysarthria) <input type="checkbox"/> พูดไม่ได้และฟังผู้อื่นพูดไม่เข้าใจ	<input type="checkbox"/> พูดได้ ฟังผู้อื่นไม่ชัดเจน <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ _____	
6.5 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity aily Life	การเคลื่อนไหว <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย	การรับประทานอาหาร <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย	อาบน้ำ <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย	แต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำได้เอง <input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย
	ควบคุมอุจจาระ <input type="checkbox"/> ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย	ควบคุมปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ควบคุมได้ <input type="checkbox"/> ลำบาก <input type="checkbox"/> ไม่ได้เลย		
	6.6 ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Decision Making	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม <input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจ	
	6.7 สภาพปัจจุบันสามารถปฏิบัติงานได้หรือไม่ Working	<input type="checkbox"/> ได้	<input type="checkbox"/> ไม่ได้	
	6.8 ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary Total Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพถาวรบางส่วน Permanent Patial Disable	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Diaabled
	6.9 การพยากรณ์โรค Prognosis	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น	<input type="checkbox"/> คงที่	<input type="checkbox"/> แย่ลง
6.10 ความเห็นเพิ่มเติม Additional Comment				

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย : _____ลายมือชื่อ _____
Name of Physician Signature

หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1 : _____คุณวุฒิ _____ วิชาบัตร/อนุมัติบัตรสาขา _____
Thailand's Medical Registration No. Qualification Specialty

ชื่อของสถานพยาบาล _____หมายเลขโทรศัพท์ _____วันที่ตรวจ _____
Name of Hospital Telephone No. Date of Examination