

ใบเรียกร้องผลประโยชน์กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง

คำแถลงผู้เรียกร้อง ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว)ผู้เอาประกันภัย

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ผู้ทำการแทน โปรตระนู.....

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

ชื่อ – สกุล ผู้เอาประกันภัย เลขที่กรมธรรม์.....

วัน เดือน ปีเกิด อายุ อาชีพ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน

ช่องทางที่ให้บริการติดต่อ โปรตระนู โทรศัพท์..... E-mail.....

ลักษณะงานที่ทำ..... รายได้เฉลี่ยรวมต่อเดือน บาท

ข้อมูลการทุพพลภาพ

1. วันที่ปรากฏอาการทุพพลภาพครั้งแรก..... สาเหตุ.....

มีอาการ..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

2. วันที่พบแพทย์ครั้งสุดท้าย..... มีอาการ.....

..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

3. แพทย์ผู้ทำการรักษาท่าน.....

4. ลักษณะอาการของท่านในปัจจุบัน

ทำกิจวัตรประจำวัน, ทำงานได้ตามปกติ อยู่ภายในบริเวณบ้านเท่านั้น นอนอยู่บนเตียงเท่านั้น

อื่น ๆ

5. ท่านยังเข้ารับการรักษาอยู่หรือไม่..... ถ้าใช่ วิธีการรักษาที่ท่านได้รับคือ.....

.....

6. ท่านคิดว่าท่านสามารถกลับไปดำเนินธุรกิจ หรือกิจการใดกิจการหนึ่งของท่านได้อีกหรือไม่.....

ถ้าได้ คิดว่าเมื่อใด.....

7. ท่านมีสิทธิเรียกร้องจากบริษัทประกันภัยอื่น หรือไม่ ถ้ามี โปรตระนู.....

ได้รับค่าชดเชยผลประโยชน์กรณีทุพพลภาพแล้วหรือไม่ อยู่ระหว่างการพิจารณา ได้รับเมื่อวันที่.....

เอกสารที่ใช้ประกอบการพิจารณาเพิ่มเติม

ได้จัดส่งสำเนาประวัติการรักษาทั้งหมดมาพร้อมนี้แล้วจากสถานพยาบาล.....

อื่น ๆ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้ทำการแทน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

หมายเหตุ : กรณีที่ผู้เอาประกันภัยมีหลายนิวห้วเมื่อจะต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน



หนังสือยินยอม

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และโดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ายินยอมเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้ากับบริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) เพื่อใช้ในการดำเนินการตามสัญญาประกันภัย และขอมอบอำนาจให้ บริษัท ฟอลคอนประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือผู้มีอำนาจหน้าที่ของบริษัทฯ ดำเนินการให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันภัยอื่น หน่วยงานราชการ หน่วยงานเอกชน องค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใดทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีบันทึก หรือเรื่องราวที่เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพและหรือข้อมูลอื่น ๆ ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้ารวมทั้งรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรคต่าง ๆ รวมทั้งประวัติการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัทฯ รวมถึงความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวมใช้ ปรับปรุง เผยแพร่และการดำเนินการอื่นใด กับข้อมูลดังกล่าวได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับโดยสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้ทำการแทน

(.....)

ลงวันที่.....



ใบแสดงความเห็นแพทย์รับรองรายงานการตรวจร่างกายผู้เอาประกันภัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปีที่.....เลขที่ H.N.....เลขที่ A.N.....

ผู้ป่วยปรากฏอาการทิวพลภาพครั้งแรกเมื่อ.....จากสาเหตุ.....

ประวัติการเจ็บป่วยโดยสรุป.....

โรคประจำตัวอื่นๆ ที่มี.....

ระยะเวลาของโรค เริ่มเป็นเมื่อ.....สถานพยาบาลที่รักษา.....

การประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ

1. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

- | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--|--------------------------|-----------------------------------|
| 1.1 การอาบน้ำ | <input type="checkbox"/> | สามารถอาบน้ำได้เอง | <input type="checkbox"/> | ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น |
| 1.2 แต่งตัว | <input type="checkbox"/> | สามารถสวมหรือถอดเสื้อผ้า กางเกง ได้เอง | <input type="checkbox"/> | ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น |
| 1.3 รับประทานอาหาร | <input type="checkbox"/> | สามารถทานอาหารได้เอง | <input type="checkbox"/> | ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น |
| 1.4 ระบบขับถ่าย | <input type="checkbox"/> | สามารถควบคุมระบบขับถ่าย อูจาระและปัสสาวะได้ | <input type="checkbox"/> | ไม่สามารถควบคุมระบบขับถ่ายได้ |
| 1.5 การเคลื่อนย้าย | <input type="checkbox"/> | สามารถเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งได้เอง | <input type="checkbox"/> | ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น |

2. ความสามารถในการมองเห็น

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ดวงตามองเห็น ได้ทั้ง 2 ข้าง | <input type="checkbox"/> | ดวงตาบอดสนิท มองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง |
| <input type="checkbox"/> | ดวงตาบอดสนิท 1 ข้าง คือ ข้าง..... | <input type="checkbox"/> | อื่นๆ..... |

3. ความสามารถในการใช้มือและแขน

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | ใช้มือและแขนทำกิจวัตร ได้ทั้ง 2 ข้าง | <input type="checkbox"/> | ไม่สามารถใช้มือและแขนทำกิจวัตรได้ 1 ข้าง คือ ข้าง..... |
| <input type="checkbox"/> | ใช้มือและแขนทำกิจวัตรไม่ได้เลย ทั้ง 2 ข้าง | <input type="checkbox"/> | อื่นๆ..... |

4. ความสามารถในการขึ้นและเดิน

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | สามารถทรงตัวได้ และสามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องให้บุคคลอื่นช่วยเหลือ |
| <input type="checkbox"/> | ไม่สามารถทรงตัวได้ และไม่สามารถลุกขึ้นยืน หรือเดินได้เอง |

5. สถิติปัญหา / พฤติกรรม

- | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | เหมือนคนปกติ | <input type="checkbox"/> | ผิดปกติ โปรดระบุรายละเอียด..... |
|--------------------------|--------------|--------------------------|---------------------------------|

6. ความสามารถในการประกอบอาชีพ ทั้งงานประจำและงานอื่นๆ

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | สามารถประกอบอาชีพประจำหรืออาชีพอื่นได้ เช่น..... |
| <input type="checkbox"/> | ไม่สามารถประกอบอาชีพประจำ และอาชีพอื่นได้ |



สรุปผลการประเมิน

ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากภาวะทุพพลภาพหรือไม่

- มี เนื่องจาก
- ยังสรุปไม่ได้เนื่องจาก
- ไม่มีโอกาสหายจากภาวะทุพพลภาพ

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน. ปัจจุบันอยู่ในระดับ

- ระดับที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน ไม่ได้เลยหรือได้น้อยมาก และต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก
- ระดับที่ 2 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน ได้บ้าง และต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมาก
- ระดับที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน ได้มาก อาจต้องการคำแนะนำหรือคอยระวังอยู่ด้านข้างหรือใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว แต่ไม่สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองแม้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ
- ระดับที่ 4 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน ได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการหรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้ด้วยตนเองในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อคนพิการ
- ระดับที่ 5 ช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรหลักในชีวิตประจำวัน ได้เอง อาจใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ หรือการปรับปรุงสิ่งของเครื่องใช้ประจำตัว สามารถออกนอกบ้าน ศึกษาเล่าเรียน ประกอบอาชีพ หรือเข้าสังคมได้เพียงคนปกติ

ข้าพเจ้าได้ตรวจและรักษาผู้ป่วยตามที่ได้กล่าวมาแล้วด้วยตนเอง และขอรับรองว่ารายงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้อง และเป็นความจริงทุกประการ

ลงนาม.....แพทย์ผู้ตรวจรักษา
(.....)

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....สถานพยาบาล.....

(ประทับตราสถานพยาบาล)

