



บริษัท ژیโประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
เลขที่ 44/1 อาคารรุ่งโรจน์รณกุล ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก  
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

สายด่วนแจ้งเคลมประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ  
02 080 9152

Roojai Insurance Public Company Limited  
44/1 Rungrojthanakul Building, 12<sup>th</sup> floor,  
Ratchadaphisek Road, Huay Kwang Bangkok 10310

Accident and Health Insurance Claim Hotline  
02 080 9152

## แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ Accident and Health Insurance Claim Form

- กรุณากรอกแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุและสุขภาพให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงลายมือชื่อรับรองในส่วนที่กำหนด  
Please complete this Accident and Health Insurance Claim Form in full and sign to certify in the designated places.
- แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุและสุขภาพที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จะไม่สามารถนำมาประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนได้  
Please note that an incomplete Accident and Health Insurance Claim Form cannot be processed for settlement of claim payment.
- กรุณาส่งแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันอุบัติเหตุและสุขภาพที่สมบูรณ์พร้อมเอกสารต้นฉบับที่เกี่ยวข้องทั้งหมดไปที่ บริษัท ژیโประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
Please send the completed Accident and Health Insurance Claim Form with all original copies of supporting documents to Roojai Insurance Public Company Limited.

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย Full Name of the Insured		เลขบัตรประจำตัวประชาชน ID/Passport No.	
อาชีพ Occupation	หมายเลขกรมธรรม์ Policy No.	เบอร์โทรศัพท์ Mobile No.	
อีเมล Email	ที่อยู่สำหรับติดต่อ Correspondence Address		
<b>กรณีอุบัติเหตุ กรุณากรอกรายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ Accident &amp; Injury Details</b>			
<input type="checkbox"/> เสียชีวิต Death	<input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพ Dismemberment / Disability	<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล Medical Expenses	<input type="checkbox"/> ค่าชดเชยกรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Hospital Benefit
วันที่เกิดเหตุ Date of Accident	เวลาเกิดเหตุ Time of Accident	สถานที่เกิดเหตุ Location of Accident	
รายละเอียดของอุบัติเหตุ Description of Accident		ตำแหน่งและลักษณะของบาดแผล และการบาดเจ็บ Description of Injury Sustained (e.g. injured body part, injury type)	
กรณีเกิดเหตุจากยานพาหนะ: Accident From a Vehicle			
<input type="checkbox"/> รถยนต์ Car	<input type="checkbox"/> รถจักรยานยนต์ Motorcycle	<input type="checkbox"/> อื่นๆ Other .....	
ผู้เอาประกันเป็น Insured's Role in the Accident			
<input type="checkbox"/> ผู้ขับขี่ Driver/Rider	<input type="checkbox"/> ผู้โดยสาร Passenger	<input type="checkbox"/> ผู้ใช้ทางเท้า Pedestrian	
มีการแจ้งความเกี่ยวเนื่องจากอุบัติเหตุหรือไม่ Has a police report been filed in connection with the accident?		<input type="checkbox"/> มี Yes	<input type="checkbox"/> ไม่มี No
		(กรุณาตอบในหัวข้อถัดไป) (Please answer the next item)	
กรุณาระบุสถานีตำรวจที่แจ้งความ Please specify the police station where the report was filed		วันที่ Date	
ท่านเคยบาดเจ็บที่ตำแหน่งนี้หรือไม่ Have you previously injured the same body part?		<input type="checkbox"/> เคย Yes	<input type="checkbox"/> ไม่เคย No
<b>กรณีเจ็บป่วย (กรุณากรอกข้อมูลครบถ้วนทุกข้อ) For Illness</b>			
<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล Medical Expenses	<input type="checkbox"/> ค่าชดเชยกรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Hospital Benefit		
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก Outpatient	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน Inpatient	<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยขั้นวิกฤต ICU	
วันที่เข้ารับการรักษา Date of Treatment	สรุปวินิจฉัยโรค Diagnosis	อาการเจ็บป่วย Symptoms of Illness	
อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ How long have you had this illness prior to receiving treatment?		สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนที่จะได้รับการรักษาครั้งนี้ List any medical facility where treatment was previously received before this current treatment.	
ท่านมีประกันอื่นที่คุ้มครองอุบัติเหตุ/โรค ครั้งนี้ด้วยหรือไม่ ถ้ามี กรุณาระบุ (Do you have other insurance covering this injury/illness? If yes, please specify.)			
บริษัทประกันภัย Insurance Company		จำนวนเงินที่เรียกร้องสินไหม Claim Amount	



บริษัท ژیโรประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
เลขที่ 44/1 อาคารรุ่งโรจน์รณกุล ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก  
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310  
สายด่วนแจ้งเคลมประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ  
02 080 9152

Roojai Insurance Public Company Limited  
44/1 Rungrojthanakul Building, 12<sup>th</sup> floor,  
Ratchadaphisek Road, Huay Kwang Bangkok 10310  
Accident and Health Insurance Claim Hotline  
02 080 9152

### รายละเอียดบัญชีธนาคาร Bank Account Details

ชื่อบัญชี(ตามสมุดบัญชี) Account Name (shown on the bank book)	ธนาคาร Bank Name
เลขที่บัญชี Account No.	สาขารธนาคาร Bank Branch

**คำรับรอง:** ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการและสำเนาเอกสารทุกฉบับมีรายละเอียดเหมือนต้นฉบับและขอยืนยันว่าไม่มีปกปิดข้อมูลใดๆต่อบริษัท  
**คำอนุญาต:** ข้าพเจ้าขออนุญาตและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นที่ดูแลหรือตรวจอาการของข้าพเจ้าหรือได้รับอนุญาตให้เก็บบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อมูลใดๆและทั้งหมด ซึ่งรวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหวของข้าพเจ้าที่เกี่ยวกับการเจ็บ ป่วย หรือบาดเจ็บ ประวัติการรักษา การขอคำปรึกษา การจ่ายยา หรือการรักษา และสำเนาของโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลทั้งหมด แก่บริษัท ژیโรประกันภัย จำกัด (มหาชน) เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการชดเชยเงินค่าสินไหมตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อใช้ดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย  
**ข้อตกลง:** ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัยเอง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาความคุ้มครอง หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรือ อุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ในเงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้ว่าบริษัทจะให้ความเห็นชอบในการเข้ารับการรักษาในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและ วิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ  
**หมายเหตุ :** \*กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

**Declaration:** I hereby declare that the above statements and facts are true, copies of documents are identical with the original one, and that I have not withheld any information from the company.  
**Authorization:** I hereby authorise and consent to any hospital, physician, or other person who has attended to me or is authorised to maintain my medical records to disclose any and all information including my personal data and sensitive data regarding my illness or injury, medical history, consultations, prescriptions, or treatments, including copies of hospital and medical records to Roojai Insurance PLC. This authorisation is granted for the purposes of insurance underwriting, financial claims under the insurance policy, medical utilisation, or any other actions related to the insurance policy.

**Agreement of Terms and Conditions:** I hereby acknowledge and agree to be personally responsible for any medical expenses incurred that are not covered under the terms and conditions of the insurance policy. I fully understand that the insurance company reserves the right to deny coverage if, upon review, it is determined that my illness or injury falls under any exclusion clause specified in the policy, even if initial approval for treatment has been granted by the Company.

I hereby acknowledge that I have thoroughly read, understood, and accepted all statements, terms, and procedures of the Company as set forth in this document. I confirm that the contents accurately reflect my intention, and I voluntarily agree to be bound by all such terms and procedures without exception.

**Note:** \*In the case where the insured person is a minor, a parent or legal guardian must sign on their behalf and indicate the relationship.

นโยบายความเป็นส่วนตัวเป็นส่วนตัว: ท่านยืนยันความถูกต้องและตกลงให้บริษัท ژیโรประกันภัย จำกัด (มหาชน) จัดเก็บ รวบรวม ใช้ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของท่าน เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการให้บริการแก่ท่าน และการดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยบริษัท ژیโรประกันภัย จำกัด (มหาชน) จะใช้ข้อมูลของท่านในการปรับปรุง และจัดเตรียมบริการให้แก่ท่านและจะไม่เปิดเผยข้อมูลนี้ให้กับบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาตเว้นแต่จะเป็นตามที่กฎหมายกำหนด หากท่านไม่ประสงค์ให้ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลข้างต้น โปรดติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า บริษัท ژیโรประกันภัย จำกัด (มหาชน) ท่านสามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ <https://www.roojai.com/en/terms-and-conditions/privacy-policy/>.

Customer's Data Privacy Clause: You confirm the accuracy of this information and agree what Roojai Insurance Public Company Limited may collect and retain your personal information and health information as part of its service provision and other related operations. Roojai Insurance Public Company Limited will use your information to improve or provide customised services to you and will not disclose such information to unauthorised parties except as required by legal/regulatory requirements. If you do not wish for your information to be used or disclosed as stated above, please contact Roojai Insurance Customer Service. For more details, please refer to our Privacy Policy available at <https://www.roojai.com/en/terms-and-conditions/privacy-policy/>.

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย Signature of Insured

วันที่ Date

(.....)

...../...../.....

ผู้เอาประกันภัย / ผู้มีอำนาจกระทำการแทน (เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

The Insured/Authorised Representative (In cases where the insured is not in a position to make the claim personally)



บริษัท รูใจประกันภัย จำกัด (มหาชน)  
เลขที่ 44/1 อาคารรุ่งโรจน์รณกุล ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก  
แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

สายด่วนแจ้งเคลมประกันอุบัติเหตุและสุขภาพ  
02 080 9152

Roojai Insurance Public Company Limited  
44/1 Rungrojthanakul Building, 12<sup>th</sup> floor,  
Ratchadaphisek Road, Huay Kwang Bangkok 10310

Accident and Health Insurance Claim Hotline  
02 080 9152

## เอกสารประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน Documents Required for Claim Settlement

รายการที่ระบุต่อไปนี้เป็นรายการเอกสารเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการพิจารณาค่าสินไหมของท่าน บางกรณีอาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้

Below is a list of minimum documentation required to process your claim, in certain circumstances, more information may be required to substantiate the claim.

ประเภทของความเสียหาย Type of loss/accident	เอกสารที่จำเป็น(โปรดทำเครื่องหมายหน้าเอกสารที่ท่านแนบ) Documents required (please tick the documents you have submitted)
เอกสารประกอบทุกกรณี Basic for all types	<input type="checkbox"/> แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ที่บันทึกรายละเอียดสมบูรณ์ (Completed company claim form) <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุ การบาดเจ็บ การรักษา สรุปวินิจฉัย (Medical certificate stating the symptoms, diagnosis and the treatment given) <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่รับรองสำเนา (Copy of the policyholder's and/or insured's identification card and a certified copy) <input type="checkbox"/> สำเนาหน้าสมุดบัญชีที่ต้องการให้โอนเงินค่าสินไหม (Copy of bank book for transfer the claim settlement) <input type="checkbox"/> หลักฐานแสดงอำนาจปกครองผู้เยาว์ (กรณีกรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์) (Proof of Legal Guardianship (in case the insured person is a minor))
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ Personal accident	<input type="checkbox"/> สำเนาใบมรณบัตร (Copy of death certificate) <input type="checkbox"/> รายงานชันสูตรพลิกศพ (Copy of autopsy report) <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองการตาย (Copy of death confirmation letter) <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้านผู้เสียชีวิต (Copy of the deceased's identity card and house registration) <input type="checkbox"/> บัญชีเครือญาติหรือหลักฐานแสดงความสัมพันธ์ทางครอบครัว (Copy of genealogy/family tree records) <input type="checkbox"/> สำเนาบันทกประจำวันของตำรวจตั้งแต่วันแจ้งเหตุจนสิ้นสุดผลคดี (Copy of police daily report, certified by authorised officer) <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยและผู้รับประโยชน์ (Copy of beneficiary's identity card and house registration) <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนสมรส ของทายาท (กรณีระบุผู้รับผลประโยชน์แก่ทายาทโดยธรรม) (Copy of marriage certificate of the heir (in the case of specifying a beneficiary for the legal heir))
กรณีสูญเสียอวัยวะ สายตา หรืออวัยวะ จากอุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่าอวัยวะใดสูญเสียไป (Copy of medical certificate specifying the lost organ) <input type="checkbox"/> ภาพถ่ายของผู้เอาประกันภัยที่แสดงให้เห็นว่าอวัยวะใดสูญเสียไป (Copy of photograph showing the insured's lost organ) <input type="checkbox"/> หลักฐานการรักษา ได้แก่ ประวัติการรักษา สำเนาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Copy of medical records, including treatment history, lab results, and X-rays) <input type="checkbox"/> สำเนาบันทกประจำวันของตำรวจ (Copy of police daily report) <input type="checkbox"/> สำเนาทะเบียนบ้าน (Copy of the insured's house registration) <input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยและผู้รับประโยชน์ (Copy of ID card and house registration of the insured and beneficiary)
ค่ารักษาพยาบาล Medical expenses	<input type="checkbox"/> ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน และรายละเอียดการแจกแจงค่ารักษาพยาบาล (Original receipts and statement) <input type="checkbox"/> สำเนาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี) (Copy of medical supporting documents (laboratory results, ultrasound and X-ray) if this action is taken)

หมายเหตุ Remark : ทั้งนี้ บริษัทอาจเรียกร้องเอกสารอื่นๆ ตามความจำเป็น Additional documents may be requested by the company if deemed necessary.  
กรุณาลงชื่อรับรองเอกสารสำเนาทุกฉบับ Please sign to certify all copies

### กรุณานำส่งเอกสารมาที่

บริษัท รูใจประกันภัย จำกัด (มหาชน) (ฝ่ายสินไหมอุบัติเหตุและสุขภาพ)  
เลขที่ 44/1 อาคารรุ่งโรจน์รณกุล ชั้น 12 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง  
เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

### Please submit the documents to

Roojai Insurance Public Limited Company (Accident and Health Claims Department)  
44/1 Rungroj Thanakul Building, 12th Floor, Ratchadapisek Road,  
Huai Khwang, Bangkok 10310.