

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันภัยกลุ่ม สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม/สมาชิกสมทบ
(Group Claim Form for Insured Member)

ข้อแนะนำเพื่อให้การพิจารณาการเรียกร้องเป็นไปด้วยความรวดเร็ว (Consideration for Outstanding reimbursement)

- แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกข้อความสมบูรณ์ โดยสมาชิกผู้เอาประกันภัย/สมาชิกสมทบกรอกด้วยตนเอง (Complete filling the information by insured member)
- กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ สามารถให้ผู้ปกครองดำเนินการแทนได้ (In the event that the insured is a minors, the parents can do on their behalf)
- กรอกแบบฟอร์ม 1 ใบ ต่อการรักษา (1 form : each time of sickness / Admit Date)

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลและ กรุณาทำเครื่องหมายในช่องด้านล่างตามเอกสารที่ท่านจัดส่งมา ☒
(Document for reimbursement and please check the boxes according to the documents you have attached ☒)

- ☐ แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันภัยกลุ่ม (Group claim form)
- ☐ ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ (Original Certificate medical, excepted use reimbursement of Hospital income benefit)
- ☐ ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ (Original Receipt, excepted use reimbursement of Hospital income benefit)
- ☐ ใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล (กรณีนอนโรงพยาบาล) (Invoice bill, in case of Inpatient)

ผู้ถือกรมธรรม์ชื่อบริษัท (Policy Holder-Company Name): _____ วันที่ (Date): _____

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ (Policy No.): GH/GA/GL/GS/GU _____ หนังสือรับรองเลขที่ (Certificate No.): _____

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย (Insured's Name): _____

อายุ (Age): _____ ปี (Years) เพศ (Sex): ☐ ชาย (Male) ☐ หญิง (Female)

ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address): _____

โทรศัพท์มือถือ (Mobile): _____ อีเมล (Email): _____

ประเภทการรักษา (Claim Type): ☐ ผู้ป่วยใน (IPD): วันที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (Admit Date): _____ ถึงวันที่ (Discharge): _____

☐ ผู้ป่วยนอก (OPD) ☐ ทันตกรรม (Dental) วันที่รักษา (Admit Date): _____

☐ อื่นๆ ระบุ (Others): _____ วันที่รักษา (Admit Date): _____

สาเหตุ (Cause): ☐ เจ็บป่วย (Illness) ☐ อุบัติเหตุ (Accident) วันที่เกิดเหตุ (Accident Date): _____ เวลา (Time): _____ น.

☐ การแจ้งความ (Did you have the police report): ☐ มีแจ้งความที่ (Yes, at): _____ ☐ ไม่มี (No)

☐ ลักษณะการเกิดเหตุ (Details of accident) / อาการ (Symptoms): _____

ประสงค์ขอเอกสารคืน (Request a return of the documents): ☐ ใช่ (Yes) ☐ ไม่ (No)

หนังสือให้ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือ ผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และหรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับการกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____
(_____) (_____) (_____)

ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล/
ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

พยาน

พยาน

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์ _____
(_____)

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน



นโยบายข้อมูล
ส่วนบุคคล