

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

- แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม (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)

ผู้ถือกรมธรรม์-ชื่อบริษัท (Policy Holder-Company Name): _____	วันที่ (Date): _____
กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ (Policy No.): GH/GA/GL/GS/GU _____	หนังสือรับรองเลขที่ (Certificate No.): _____
ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย (Insured's Name): _____	
อายุ (Age): _____ ปี (Years) เพศ (Sex): <input type="checkbox"/> ชาย (Male) <input type="checkbox"/> หญิง (Female)	
ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address): _____	
โทรศัพท์มือถือ (Mobile): _____ อีเมล (Email): _____	
ประเภทการรักษา (Claim Type): <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน (IPD) วันที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล (Admit Date) _____ ถึงวันที่ (Discharge): _____	
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> ทันตกรรม (Dental) วันที่รักษา (Admit Date): _____	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ (Others): _____ วันที่รักษา (Admit Date): _____	
สาเหตุ (Cause): <input type="checkbox"/> เจ็บป่วย (Illness) <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ (Accident) วันที่เกิดเหตุ (Accident Date): _____ เวลา (Time): _____ น.	
<input type="checkbox"/> การแจ้งความ (Did you have the police report): <input type="checkbox"/> มีแจ้งความที่ (Yes, at): _____ <input type="checkbox"/> ไม่มี (No)	
<input type="checkbox"/> ลักษณะการเกิดเหตุ (Details of accident) / อาการ (Symptoms): _____	
ประสงค์ขอเอกสารคืน (Request a return of the documents): <input type="checkbox"/> ใช่ (Yes) <input type="checkbox"/> ไม่ (No)	

หนังสือให้ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือ ผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

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

ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล/

พยาน

พยาน

ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์ _____
(_____)

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน



นโยบายข้อมูล
ส่วนบุคคล