แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนกรมธรรม์ประกันภัย COVID-19 และวัคซีน (REV.9.1. 08/2021) สอบถามข้อมูลที่ศูนย์บริการลูกค้า 1484

บมจ. เมืองไทยประกันภัย (ฝ่ายสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ) เลขที่ 252 ถ.รัชดาภิเษก ห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

ชื่อผู้เอาประกันภัย.....โทร.....เลขที่กรมธรรม์ HG000519กรมการพัฒนาชุมชน

ที่อยู่ปัจจุบัน.....อีเมล.....

ชื่อผู้ติดต่อ (ทำการแทนผู้เอาประกันภัย ถ้ามี) คุณพิตะวัน ใจดี โทร 092-329-2395 ความสัมพันธ์.....

เริ่มอาการเจ็บป่วยเมื่อวันที่ .....มีอาการ.....

เก็บตัวอย่างตรวจหาเชื้อฯวันที่.....เวลา..... รายงานผลการตรวจพบติดเชื้อฯ วันที่.....เวลา.....

รับทราบผลตรวจพบติดเชื้อฯ วันที่.....เวลา.....รักษาวันที่.....ที่.....

หากท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค COVID-19 รวมถึงโรค/ภาวะแทรกซ้อน โปรดระบุวันที่และสถานที่รักษา.....

ได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ชื่อ.....เข็มที่ 1 วันที่.....เข็มที่ 2 วันที่..... อื่นๆ เข็มที่.....วันที่.....

แพทย์วินิจฉัยว่าได้รับผลกระทบจากวัคซีนฯเมื่อวันที่.....มีอาการ.....

เรียกร้องค่าทดแทนตามความคุ้มครอง ☐ โรค COVID-19 ☐ ได้รับผลกระทบจากวัคซีนป้องกันโรค COVID-19

☐ ภาวะโคม่า หรือเสียชีวิต (แพทย์วินิจฉัยภาวะโคม่าเมื่อวันที่.....รักษาที่.....หรือเสียชีวิต เมื่อวันที่.....)

☐ แพทย์วินิจฉัยเจ็บป่วย : แบบเหมาจ่าย : เจอ จ่าย จบ

☐ แพทย์วินิจฉัยเจ็บป่วย : แบบค่ารักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัย ☐ผู้ป่วยนอก (OPD) ☐ผู้ป่วยใน (IPD)

☐ ค่าชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล (ค่าชดเชยรายได้ฯ)

☐ อื่น ๆ _____

การให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งหมด ทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมกับการเรียกร้องค่าทดแทนครั้งนี้ให้แก่บมจ.เมืองไทยประกันภัย หรือผู้แทน หรือบุคคลภายนอกที่เป็นคู่สัญญากับบมจ. เมืองไทยประกันภัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสินไหมทดแทน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเรื่องเรียกร้องค่าทดแทนของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้ บมจ. เมืองไทยประกันภัย คู่สัญญา รวมถึงคู่พันธมิตรทางธุรกิจของบริษัทฯ ที่มีอำนาจหน้าที่ตามสัญญาประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้อยู่ในปกครองตามกฎหมายของข้าพเจ้าซึ่งข้อมูลทั้งที่มีอยู่ก่อน และหลังการให้ความยินยอมนี้ได้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งนี้ เพื่อการดำเนินการอันเกี่ยวกับการพิจารณา และ/หรือการบริการด้านสินไหมทดแทน การใช้/รับสิทธิ และ/หรือการดำเนินการใดๆ เพื่อความสมบูรณ์ตามปกติวิสัยของภาคธุรกิจได้โดยตลอดตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินการจนสิ้นสุดกระบวนการ

อนึ่ง ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้สำเนา และ/หรือเก็บรักษา ใช้ เปิดเผยเอกสารฉบับนี้ ทั้งในรูปแบบเอกสาร และ/หรืออิเล็กทรอนิกส์ อันมีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้อ่าน และเข้าใจการปฏิบัติตามหนังสือฉบับนี้เป็นอย่างดี จึงได้ลงลายมือชื่อตกลง และยินยอมไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ .....ผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทนของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์

(.....) วันที่บันทึกเอกสาร ...../...../.....

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา โปรดส่งเอกสารให้ครบถ้วน (เอกสารสำเนา โปรดรับรองเอกสารทุกฉบับ)

เรียกร้องค่ารักษาพยาบาล (จ่ายค่าทดแทนให้ผู้เอาประกันภัย) ☐แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ หรือใบขับขี่ ☐สำเนาหนังสือเดินทางทุกหน้า (ถ้ามี) ☐ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลฉบับจริง และรายการค่าใช้จ่าย ☐ใบรับรองแพทย์ฉบับจริงพร้อมรายละเอียดการรักษา (กรณีสำเนาฯ รับรองสำเนาโดยสถานพยาบาล) ☐รายงานแพทย์ ประวัติการรักษา ผลตรวจเป็นCOVID-19 (เฉพาะเคลมโรคโควิด) ☐รายงานแพทย์ ประวัติการรักษา ใบนัด/ใบรับรองฉีดวัคซีนฯ (เฉพาะเคลมแพ้วัคซีน) ☐สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัยเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง	**เรียกร้องค่าชดเชยแบบเหมาจ่าย (เจอ จ่าย จบ) (จ่ายค่าทดแทนให้ผู้เอาประกันภัย)** ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐ สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการหรือใบขับขี่ ☐ สำเนาหนังสือเดินทางทุกหน้า (ถ้ามี) ☐ ผลตรวจเป็นCOVID-19 ตามประกาศ คปภ. (เฉพาะโรคโควิด) ☐รายงานแพทย์ ประวัติการรักษา ใบนัด/ใบรับรองฉีดวัคซีนฯ (เฉพาะแพ้วัคซีน) ☐สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัยเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง ***หมายเหตุ :*** *บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในแต่ละผลประโยชน์คุ้มครองที่ระบุไว้ทั้งหมดตามความจำเป็น*
เรียกร้องกรณีการเสียชีวิต (จ่ายค่าทดแทนให้ผู้รับประโยชน์) ☐แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐สำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ ใบมรณบัตร ทะเบียนบ้านประทับ (ตาย) ของผู้เอาประกันภัย ☐สำเนาหนังสือเดินทางทุกหน้า (ถ้ามี) ของผู้เอาประกันภัย ☐รายงานแพทย์ ประวัติการรักษา ผลตรวจเป็นCOVID-19 (เฉพาะเคลมโรคโควิด) ☐รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด ใบนัด/ใบรับรองฉีดวัคซีนฯ ฯ (เฉพาะเคลมแพ้วัคซีน) ☐ใบรับรองการเสียชีวิตของสถานพยาบาล/หน่วยงานรัฐ รายงานชันสูตรหลักศพ (ถ้ามี) ☐สำเนาบัตรประชาชน ทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ เอกสารแสดงความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย หากผู้รับประโยชน์ระบุเป็นทายาทตามกฎหมาย เช่น สูติบัตร ทะเบียนสมรส ใบมรณบัตรของทายาท ☐ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ของผู้เอาประกันภัย และผู้รับประโยชน์ (ถ้ามี) ☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัยเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง	**เรียกร้องค่าชดเชยรายได้ฯ หรือภาวะโคม่า (จ่ายค่าทดแทนให้ผู้เอาประกันภัย)** ☐แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการหรือใบขับขี่ ☐สำเนาหนังสือเดินทางทุกหน้า (ถ้ามี) ☐สำเนาใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล และรายการค่าใช้จ่าย ☐ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง หรือฉบับสำเนา (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล) ☐รายงานแพทย์ ประวัติการรักษา ผลตรวจเป็นCOVID-19 (เฉพาะเคลมโรคโควิด) ☐รายงานแพทย์ ประวัติการรักษา ใบนัด/ใบรับรองฉีดวัคซีนฯ (เฉพาะเคลมแพ้วัคซีน) ☐รายงานแพทย์เกี่ยวกับภาวะโคม่า (เฉพาะเคลม "ภาวะโคม่า") ☐สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัยเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง