

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัย Covid-19

เลขที่กรมธรรม์				
ประเภทกรมธรรม์				
<input type="checkbox"/> เจอ จ่าย จบ	<input type="checkbox"/> 2 in 1 - ตรวจพบเชื้อ Covid - แพ้วัคซีน	<input type="checkbox"/> 3 in 1 - ค่ารักษาเฉพาะ Covid - ค่ารักษาพยาบาล 9 โรค - ค่าชดเชยรายวัน	<input type="checkbox"/> Covid รวมอุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> แพ้วัคซีน - ผู้ป่วยในแพ้วัคซีน - ผู้ป่วยนอกแพ้วัคซีน - โคมาระยะสุดท้าย - ค่าชดเชยรายวัน - ค่าปลอบขวัญ
รายละเอียดผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้องสิทธิ				
ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน				
วัน/เดือน/ปีเกิด/...../..... อายุ ปี โทรศัพท์มือถือ.....Email@.....				
ที่อยู่ติดต่อสะดวก				
สถานที่ทำงาน..... อาชีพ				
โทรศัพท์				
รายละเอียดการติดเชื้อ / เจ็บป่วย / บาดเจ็บ				
กรณีติดเชื้อ (สำหรับแผน เจอ จ่าย จบ / 2in1 / 3in1 / แพ้วัคซีน)				
วันที่พบเชื้อ (ตามผลแล็บ) เวลา สถานพยาบาล/Lab.....				
วันที่แพทย์วินิจฉัยว่าติดเชื้อเป็นครั้งแรก (ตามใบรับรองแพทย์) โรงพยาบาล/คลินิก.....				
สถานที่ได้รับเชื้อเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด)				
ท่านได้รับวัคซีนแล้วหรือไม่ <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ โดยวัคซีนที่ได้รับ คือ				
วันที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 เมื่อวันที่ เข็มที่ 2 เมื่อวันที่				
ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรค COVID-19 หรือไม่				
<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย รักษาที่				
กรณีอุบัติเหตุ / ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (สำหรับแผน Covid รวมอุบัติเหตุ)				
วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลา สถานพยาบาล/Lab.....				
รายละเอียดการเกิดเหตุ				
อวัยวะที่บาดเจ็บ ลักษณะบาดแผล				
มีการแจ้งความหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี สถานีตำรวจ				
กรณีเจ็บป่วย (สำหรับแผน Covid รวมอุบัติเหตุ / 2in1 / 3in1 / แพ้วัคซีน)				
อาการเจ็บป่วย				
ท่านเคยได้รับการรักษาจากโรคหรือได้รับการวินิจฉัยด้วยสาเหตุเดียวกันหรือไม่				
<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุสถานพยาบาล เมื่อวันที่				
แพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะโคมาด้วยโรค COVID-19 ครั้งแรกเมื่อวันที่.....โรงพยาบาล.....				
ท่านได้มีการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลกับบริษัทประกัน / สวัสดิการอื่นหรือไม่				
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ				
การรักษายาบาล (สำหรับแผน Covid รวมอุบัติเหตุ / 2in1 / 3in1 / แพ้วัคซีน)				
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> โปรดระบุ <input type="checkbox"/> Home Isolation รหัสหน่วยบริการ วันที่ลงทะเบียน.....				
<input type="checkbox"/> Community Isolation ที่ วันที่ลงทะเบียน.....				
<input type="checkbox"/> มีสถานพยาบาล <input type="checkbox"/> โปรดระบุ				
รับการรักษาแบบ <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก วันที่รักษา				
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน จากวันที่ ถึงวันที่				
วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน <input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย <input type="checkbox"/> ผู้รับผลประโยชน์/ทายาทตามกฎหมาย ความสัมพันธ์.....				

โอนเงิน ชื่อบัญชี ธนาคาร
สาขา เลขที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง หากข้อความข้าพเจ้าสร้างขึ้น หรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือปิดบังความจริงใดๆ แล้ว ข้าพเจ้ายินยอม และยอมรับว่าสิทธิที่จะได้รับค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ครั้งนี้เป็นอันหมดไปโดยทันที ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์สถานพยาบาล บริษัทประกัน องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีการบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท สินมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้ตามสมบูรณ์ตามกฎหมาย

การให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล สถานพยาบาลเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งหมด ทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดย อ้อมกับการเรียกร้องค่าทดแทนครั้งนี้ให้แก่ บมจ.สินมั่นคงประกันภัย หรือผู้แทน หรือบุคคลภายนอกที่เป็นคู่สัญญากับ บมจ. สินมั่นคงประกันภัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสินไหมทดแทน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเรื่องเรียกร้องค่าทดแทนของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้ บมจ. สินมั่นคงประกันภัย, คู่สัญญา รวมถึงคู่พันธมิตรทางธุรกิจของบริษัทฯ ที่มีอำนาจหน้าที่ตามสัญญาประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้อยู่ในปกครองตามกฎหมายของข้าพเจ้าซึ่งข้อมูลทั้งที่มีอยู่ก่อนและหลังการให้ความยินยอมนี้ได้ทั้งในประเทศไทย ทั้งนี้ เพื่อการดำเนินการอันเกี่ยวกับการพิจารณา และ/หรือการบริการด้านสินไหมทดแทน การใช้ทรัพย์สิน และ/หรือการดำเนินการใดๆ เพื่อความสมบูรณ์ตาม ปกติวิสัยของภาคธุรกิจได้โดยตลอดตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินการจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

อนึ่ง ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้สำเนา และ หรือเก็บรักษา ใช้เปิดเผยเอกสารฉบับนี้ ทั้งในรูปแบบเอกสาร และ (หรืออิเล็กทรอนิกส์ อันมีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้อ่าน และเข้าใจการปฏิบัติตามหนังสือฉบับนี้เป็นอย่างดี จึงได้ลงลายมือชื่อตกลง และยินยอมไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน

ลงชื่อ ผู้เอาประกัน

(.....)

(.....)

วันที่/...../.....

วันที่/...../.....

ความสัมพันธ์.....

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา โปรดส่งเอกสารให้ครบถ้วน (เอกสารสำเนา โปรดรับรองเอกสารทุกฉบับ)	
<p>1. กรณี เจอ จ่าย จบ (สำหรับแผน เจอ จ่าย จบ / 2in1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน <input type="checkbox"/> 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนาถูกต้อง <input type="checkbox"/> 3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง หรือฉบับสำเนา (รับรองสำเนาถูกต้องโดยโรงพยาบาล) <input type="checkbox"/> 4. ผลตรวจเป็น Covid โดยใช้วิธี RT-PCR เท่านั้น <input type="checkbox"/> 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร เพื่อรับค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง <input type="checkbox"/> 6. กรณี Home Isolation / Community Isolation โปรดแนบเอกสาร/หลักฐานการลงทะเบียน พร้อมกับัตรที่หน่วยบริการ 	<p>2. กรณี ค่ารักษาพยาบาล (สำหรับแผน Covid รวมอุบัติเหตุ / 3in1 / แพ้วัคซีน)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน <input type="checkbox"/> 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนาถูกต้อง <input type="checkbox"/> 3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง หรือสำเนา (รับรองสำเนาถูกต้องโดยโรงพยาบาล) <input type="checkbox"/> 4. ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็น COVID-19 <input type="checkbox"/> 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร เพื่อรับค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง <input type="checkbox"/> 6. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง และรายการค่าใช้จ่าย <input type="checkbox"/> 7. หลักฐานใบคำสั่งแพทย์ให้ดูแลรักษาแบบ Home Isolation และ แบบ Community Isolation
<p>3. กรณี อุบัติเหตุ (สำหรับแผน Covid รวมอุบัติเหตุ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน <input type="checkbox"/> 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนาถูกต้อง <input type="checkbox"/> 3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง หรือสำเนา (รับรองสำเนาถูกต้องโดยโรงพยาบาล) <input type="checkbox"/> 4. ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลฉบับจริง <input type="checkbox"/> 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร เพื่อรับค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง <input type="checkbox"/> 6. ใบรับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล และใบมรณะบัตร <input type="checkbox"/> 7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนาถูกต้องของผู้รับผลประโยชน์ 	<p>4. กรณี ค่าชดเชยรายได้ (สำหรับแผน 3in1 / แพ้วัคซีน)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าชดเชยรายได้ กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ <input type="checkbox"/> 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนาถูกต้อง <input type="checkbox"/> 3. สำเนาใบเสร็จรับเงิน และรายการค่าใช้จ่าย <input type="checkbox"/> 4. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง หรือสำเนา (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล) <input type="checkbox"/> 5. ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็น Covid -19 <input type="checkbox"/> 6. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าชดเชยรายได้ที่ได้รับความคุ้มครอง <input type="checkbox"/> 7. หลักฐานใบคำสั่งแพทย์ให้ดูแลรักษาแบบ Home Isolation และ แบบ Community Isolation
<p>5. ภาวะโคม่า หรือค่าชดเชยแบบเหมาจ่าย (แพ้วัคซีน)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าชดเชยรายได้ กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ <input type="checkbox"/> 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนาถูกต้อง <input type="checkbox"/> 3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง หรือสำเนา (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล) <input type="checkbox"/> 4. ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็น Covid -19 <input type="checkbox"/> 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าชดเชยรายได้ที่ได้รับความคุ้มครอง 	<p>6. กรณีเสียชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าชดเชยรายได้ กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ <input type="checkbox"/> 2. รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็น Covid -19 <input type="checkbox"/> 3. สำเนารับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> 4. ใบมรณะบัตร <input type="checkbox"/> 5. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้เสียชีวิต <input type="checkbox"/> 6. สำเนาบัตรประชาชน ของผู้รับประโยชน์ <input type="checkbox"/> 7. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ของผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> 8. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้รับประโยชน์ เพื่อรับค่าชดเชยรายได้ที่ได้รับความคุ้มครอง

หมายเหตุ : บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในแต่ละส่วนผลประโยชน์ที่ระบุไว้ตามความจำเป็น