

แบบฟอร์มการเรียกร้องผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลรายวันในโรงพยาบาล  
กรณีใช้สิทธิสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลอื่น (CHB)



ผู้ถือกรมธรรม์ (Company Name).....กรมธรรม์เลขที่ (Policy No.) G.....

ชื่อ-นามสกุล (Name-Surname)..... เลขประจำตัวพนักงาน (Member No.).....

ขอเบิกเงินไหมทดแทนของ (Claimant form) ☐ พนักงาน (Employee) ☐ คู่สมรส (Spouse) ☐ บุตร (Dependent)

ในกรณี ☐ (1) **การเจ็บป่วยโรคทั่วไป** โดยได้เข้ารับการรักษาที่

โรงพยาบาลชื่อ.....

ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....จำนวนวันนอน.....วัน

☐ (2) **การเจ็บป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)** โดยได้เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่

☐ โรงพยาบาลชื่อ.....

☐ โรงพยาบาลสนามชื่อ.....ชื่อรพ.ต้นสังกัดที่ดูแล.....

☐ Hospitel .....ชื่อรพ.ต้นสังกัดที่ดูแล.....

ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....จำนวนวันนอน.....วัน

ขอส่งเอกสารประกอบการพิจารณาดังนี้ (Documents)	(1) โรคทั่วไป	(2) COVID-19
<b>*คือรายการเอกสารที่จำเป็นต้องส่งในแต่ละกรณี</b>		
1. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่เป็นส่วนเกินสิทธิ์จากสวัสดิการอื่น (Original receipt/ Bill) หรือ สำเนาเอกสารที่ยืนยันการใช้สิทธิสวัสดิการอื่น (กรณีไม่มีส่วนเกินสิทธิ์)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ใบรับรองแพทย์ (Medical certificate) ที่ระบุวันที่นอนรพ. และวันจำหน่าย อย่างชัดเจน (ใช้สำเนาได้กรณีใช้สิทธิสวัสดิการอื่นแล้ว)	* <input type="checkbox"/>	* <input type="checkbox"/>
3. สำเนาประวัติการรักษาจากสถานพยาบาล (Copy medical record) ที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลในครั้งนั้น	* <input type="checkbox"/>	* <input type="checkbox"/>
4. สำเนาผลการตรวจหาเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี ATK หรือ RT-PCR ที่ระบุผลพบเชื้อ ซึ่งได้รับการตรวจจากสถานพยาบาล		* <input type="checkbox"/>

หมายเหตุ: - เอกสารสำเนาขอให้นำรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

- กรณี CHB เจียนไขต้องมีอาการหนักจนจำเป็นต้องรักษาแบบผู้ป่วยในและไม่ได้ใช้สิทธิใดของประกันกลุ่มใดเกี่ยวมาอื่นๆ

ลงชื่อ (พนักงาน/Employee) .....

ลงชื่อ (ฝ่ายบุคคล/Human resource) .....

ลงชื่อ (ผู้แทน/ Broker) .....



TOKIO MARINE  
INSURANCE GROUP

## แบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม

กรุณากรอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์ โดยผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้องที่มีส่วนได้เสียกับผู้เอาประกันภัยเท่านั้น พร้อมลงนาม

Please fill out the form completely by the insured / claimant whose only interest in the insured and signed.

**คำเตือน:** การเรียกร้องผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ฯโดยทุจริตหรือแสดงหลักฐานเท็จหรือการดำเนินการใด ๆ อันเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการกระทำดังกล่าว มีโทษทั้งจำคุกไม่เกิน 3 ปี และหรือปรับไม่เกิน 300,000 บาท ตามมาตรา 114/4 แห่ง พรบ. ประกันชีวิต 2562

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อบริษัท)/Policy name :		เลขที่กรมธรรม์ / Policy No. G.....	
ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย/Insured's name:	อายุ/Age.....ปี/Years เพศ/Sex <input type="checkbox"/> ชาย/Male <input type="checkbox"/> หญิง/Female	ประเภทสมาชิก/Type of Member <input type="checkbox"/> พนักงาน/Employee <input type="checkbox"/> คู่สมรส/Spouse <input type="checkbox"/> บุตร /Child <input type="checkbox"/> บิดา/Father <input type="checkbox"/> มารดา/Mother <input type="checkbox"/> อื่น ๆ/Other.....	
เลขประจำตัวสมาชิก/ Member No.	แผนก / Department	รหัสพนักงาน / Employee GID	หมายเลขโทรศัพท์/Telephone No
<b>ผลประโยชน์ที่เรียกร้อง/ Benefit for reimbursement</b> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน (IPD) <input type="checkbox"/> ค่าชดเชยรายวัน (CHB) <input type="checkbox"/> ค่าคลอดบุตร (Maternity)/(GMT) เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล.....ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่..... <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> OPD Lab Test <input type="checkbox"/> ทันตกรรม (Dental) วัน/เดือน/ปีที่รักษา..... <input type="checkbox"/> อื่น ๆ /Other.....วัน/เดือน/ปีที่รักษา.....			
<b>กรณีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/For Accident</b> วันที่เกิดอุบัติเหตุ/Date of Accident .....เวลา/Time.....สถานที่เกิดเหตุ/Place..... สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ / Cause of Accident..... ลักษณะบาดแผลและอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ / Nature of wound and injured organ.....			
มีสิทธิได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น (Co-insurer) <input type="checkbox"/> มี / Yes (ระบุ) ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี / No	<b>การเรียกร้องครั้งนี้/For this claim</b> <input type="checkbox"/> ครั้งแรก/First claim <input type="checkbox"/> ต่อเนื่องหรือเพิ่มเติม (Continue or more document) ครั้งที่.....		 สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว
<b>ถ้อยแถลงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและการขอความยินยอม:</b> ข้าพเจ้าและ/ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมรับทราบว่า บริษัทจะประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ เพื่อให้บริการสินไหมและการประกันชีวิต ตามรายละเอียดที่ระบุในนโยบายความเป็นส่วนตัวที่บริษัทประกาศใน <a href="https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html">https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html</a> หรือ QR code พร้อมทั้ง รับรองและรับประกันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดที่ข้าพเจ้าเปิดเผยแก่บริษัทฯ เพื่อวัตถุประสงค์ที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและสมบูรณ์ รวมทั้ง ได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลให้บริษัทฯ ในการประมวลผล และได้แจ้งนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ ให้กับบุคคลดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้าและ/ หรือผู้แทนโดยชอบธรรม <input type="checkbox"/> 1. ยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ รวมถึงข้อมูลอื่นใดที่มีความจำเป็นต่อการพิจารณาจ่ายสินไหม ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย หรือเพื่อเป็นการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการฉ้อฉล <input type="checkbox"/> 2. ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ รวมถึงข้อมูลอื่นใดที่มีความจำเป็นต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าเข้าใจว่า หากข้าพเจ้าไม่ยินยอมหรือเพิกถอนความยินยอมข้อ 1 และ/หรือ 2 จะส่งผลต่อการพิจารณาจ่ายสินไหม การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย อันส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย และ รับทราบว่าความยินยอมจะมีผลจนกว่าข้าพเจ้าจะเพิกถอน หรือ ตระบเทาที่กฎหมายอนุญาต ซึ่งหากขัดหรือแย้งกับกฎหมาย ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามขั้นตอนใหม่ที่บริษัทฯ จะได้นำให้ทราบ			
ผู้เอาประกันภัย/ ผู้ให้ความยินยอม : ..... (.....) วันที่/ Date.....		ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ <input type="checkbox"/> บิดา / มารดา <input type="checkbox"/> ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)	