แบบฟอร์มนำส่งการเรียกร้องค่าสินไหมโรคร้ายแรง (GCIR)

ชื่อผู้เอาประกันภัย ..... กรมธรรม์เลขที่ .....

บริษัท..... ใบรับรองประกันภัยเลขที่ .....

ผู้นำส่ง..... วันที่.....โทรศัพท์.....

<u>กรณีเบิกสินไหมโรคร้ายแรง (จากการเจ็บป่วย)</u>	**นำส่ง**	**ไม่ได้นำส่ง**
1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน กรณีโรคร้ายแรง	☐	☐
2. แบบฟอร์มรายงานโดยแพทย์กรณีโรคร้ายแรง	☐	☐
3. สำเนาประวัติการรักษาตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยถึงปัจจุบัน (OPD CARD) จากสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษาทั้งหมด	☐	☐
4. สำเนาผลชิ้นเนื้อที่ระบุวินิจฉัยโรคร้ายแรง(PATHOLOGY)	☐	☐
5. สำเนาผลตรวจพิเศษอื่นๆเช่นฟิล์มเอ็กซเรย์,CT,MRI	☐	☐
6. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้อง	☐	☐
7. สำเนาใบสมัครงาน สัญญาจ้างงาน รับรองสำเนาถูกต้องโดยฝ่ายบุคคล	☐	☐

<u>กรณีเบิกสินไหมโรคร้ายแรง (กรณีเสียชีวิต)</u>

หมายเหตุ: ให้นำส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมโรคร้ายแรงข้อ 1 – 5 เข้ามาพร้อมกับเอกสารตามแบบฟอร์มนำส่งการเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

<u>เอกสารสำคัญอื่น ๆ ที่ต้องนำส่งแล้วแต่กรณี</u>

• สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล ของผู้เอาประกันภัย หรือของผู้รับประโยชน์ กรณีที่ไม่ตรงตามที่ระบุในกรมธรรม์ รับรองสำเนาถูกต้อง	☐	☐

<u>ส่วนนี้เฉพาะเจ้าหน้าที่บริษัทฯ</u>

บริษัทได้รับเอกสารดังกล่าวข้างต้นแล้ว และได้มีการตรวจสอบเอกสารที่ระบุมา ปรากฏว่า

☐ ครบถ้วน

☐ ไม่ครบ ขาดเอกสารดังนี้ .....

.....

ส่วนสินไหมประกันกลุ่ม ..... วันที่ .....

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนกรณีโรคร้ายแรง (GCIR)

TOKIO MARINE INSURANCE GROUP

กรุณากรอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์ โดยผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องที่มีส่วนได้เสียกับผู้เอาประกันภัยเท่านั้นพร้อมลงนาม

คำเตือน: การเรียกร้องผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ฯโดยทุจริตหรือแสดงหลักฐานเท็จหรือการดำเนินการใด ๆอันเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการกระทำดังกล่าว มีโทษทั้งจำคุกไม่เกิน3ปีและหรือปรับไม่เกิน300,000บาทตามมาตรา 114/4 แห่ง พรบ.ประกันชีวิต 2562

ชื่อผู้เอาประกันภัย	อายุ	เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/Passport No.	กรมธรรม์เลขที่

ที่อยู่ปัจจุบัน และ หมายเลขโทรศัพท์	การเรียกร้องครั้งนี้เป็นการเรียกร้อง
	☐ ครั้งแรก ☐ ต่อเนื่องครั้งที่.....

สถานที่ทำงาน..... ตำแหน่ง.....

ลักษณะงาน/หน้าที่รับผิดชอบ.....

ท่านได้ยื่นใบลากับนายจ้าง หรือผู้บังคับบัญชาหรือไม่ ☐ ไม่ได้ยื่น ☐ ยื่น เริ่มตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

รายละเอียดการเรียกร้อง (กรุณาระบุพอสังเขป)

1.เรียกร้องสินไหมทดแทนกรณีโรคร้ายแรงด้วยโรคใด.....

2.อาการของโรค.....

.....

3.อาการเหล่านี้ท่านเป็นมานานเท่าไร ก่อนปรึกษาแพทย์.....

4.ปรึกษาแพทย์ครั้งแรกเมื่อวันที่ .....สถานที่/โรงพยาบาล.....

รายละเอียดการรักษาจากแพทย์

ชื่อแพทย์	ชื่อโรงพยาบาล / คลินิก	วันที่รักษา	การรักษา
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

ท่านมีสิทธิเรียกร้อง ☐ ไม่มี ☐ สิทธิกองทุนทดแทน ☐ สิทธิประกันสังคม ☐ สิทธิอื่นถ้ามี (ระบุ).....

ท่านได้รับค่าชดเชย ☐ ยังไม่ได้รับ ☐ ได้รับเมื่อวันที่ .....

ถ้อยแถลงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและการขอความยินยอม

ข้าพเจ้าและ/ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมรับทราบว่า บริษัทจะประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ เพื่อให้บริการสินไหมและการประกันชีวิต ตามรายละเอียดที่ระบุในนโยบายความเป็นส่วนตัวที่บริษัทประกาศใน https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html หรือ QR code นี้ พร้อมทั้ง รับรองและรับประกันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดที่ข้าพเจ้าเปิดเผยแก่บริษัทฯ เพื่อวัตถุประสงค์ที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและสมบูรณ์ รวมทั้ง ได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลให้บริษัทฯในการประมวลผล และได้แจ้งนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯให้กับบุคคลดังกล่าวแล้ว

ข้าพเจ้าและ/ หรือผู้แทนโดยชอบธรรม

☐ 1. ยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า และหรือผู้เยาว์ รวมถึงข้อมูลอื่นใดที่มีความจำเป็นต่อการพิจารณาจ่ายสินไหม ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย หรือเพื่อเป็นการบริหารการจัดการความเสี่ยงด้านการจ้อฉล

☐ 2. ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ รวมถึงข้อมูลอื่นใดที่มีความจำเป็นต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือ บริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพไม่ยินยอมหรือเจ้าเพิกถอนความยินยอมข้อ 1 และ/หรือ 2 จะมีผลต่อกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย และ รับทราบว่าความยินยอมจะมีผลจนกว่าข้าพเจ้าจะเพิกถอน หรือ ตราบเท่าที่กฎหมายอนุญาต ซึ่งหากขัดหรือแย้งกับกฎหมาย ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามขั้นตอนใหม่ที่บริษัทฯจะได้แจ้งให้ทราบ

ผู้เอาประกันภัย/ ผู้ให้ความยินยอม : .....

(.....)

วันที่.....

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

☐ บิดา / มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

คำรับรองของฝ่ายบุคคล/นายจ้าง

ข้าพเจ้าในฐานะฝ่ายบุคคล/ นายจ้าง ซึ่งได้ดำเนินการทำเรื่องเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนครั้งนี้ ขอรับรองว่าการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ และการตอบคำถามใดๆ ในเอกสารนี้เป็นไปด้วยความถูกต้องตามข้อเท็จจริงที่ข้าพเจ้าได้รับรู้มา

ลงชื่อ .....

( )

ฝ่ายบุคคล/ นายจ้าง

วันที่.....