



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.

<b>คำเตือน:</b> การเรียกร้องผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ฯโดยทุจริตหรือแสดงหลักฐานเท็จหรือการดำเนินการใดๆอันเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการกระทำดังกล่าว มีโทษทั้งจำคุกไม่เกิน3ปีและหรือปรับไม่เกิน300,000บาทตามมาตรา 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"/> อื่นๆ/Other.....
เลขประจำตัวสมาชิก/ Member No.	แผนก / Department	รหัสพนักงาน / Employee GID	หมายเลขโทรศัพท์/Telephone No
ผลประโยชน์ที่เรียกร้อง/ Benefit for reimbursement <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"/> อื่นๆ /Other.....วัน/เดือน/ปีที่รักษา.....			
กรณีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/For Accident <input type="checkbox"/> วันที่เกิดอุบัติเหตุ/Date of Accident .....เวลา/Time.....สถานที่เกิดเหตุ/Place..... <input type="checkbox"/> สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ / Cause of Accident..... <input type="checkbox"/> ลักษณะบาดแผลและอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ / Nature of wound and injured organ.....			
มีสิทธิได้รับค่าชดเชยจากบริษัทฯอื่น(Co-insurer) <input type="checkbox"/> มี / Yes(ระบุ) ..... <input type="checkbox"/> ไม่มี / No	การเรียกร้องครั้งนี้/For this claim <input type="checkbox"/> ครั้งแรก/First claim <input type="checkbox"/> ต่อเนื่องหรือเพิ่มเติม(Continue or more document) ครั้งที่.....		 สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว
<p><b>ถ้อยแถลงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและการขอความยินยอม:</b></p> <p>ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมรับทราบว่า บริษัทฯจะประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ เพื่อให้บริการสินไหมและการประกันชีวิต ตามรายละเอียดที่ระบุในนโยบายความเป็นส่วนตัวที่บริษัทฯประกาศใน <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 ได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลให้บริษัทฯในการประมวลผล และได้แจ้งนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯให้กับบุคคลดังกล่าวแล้ว</p> <p>ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ รวมถึงข้อมูลอื่นใดที่มีความจำเป็นต่อการพิจารณาจ่ายสินไหม ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทฯตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย หรือเพื่อเป็นการบริหารการจัดการความเสี่ยงด้านการฉ้อฉล</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ยินยอมให้ บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ รวมถึงข้อมูลอื่นใดที่มีความจำเป็นต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย</p> <p>ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่ยินยอมหรือเพิกถอนความยินยอมข้อ 1 และ/หรือ 2 จะไม่ผลการพิจารณาจ่ายสินไหม การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันส่งผลให้บริษัทฯไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย และ รับทราบว่าความยินยอมจะมีผลจนกว่าข้าพเจ้าจะเพิกถอน หรือ ตราบเท่าที่กฎหมายอนุญาต ซึ่งหากขัดหรือแย้งกับกฎหมาย ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนดหรือตามขั้นตอนใหม่ที่บริษัทฯจะได้แจ้งให้ทราบ</p>			
ผู้เอาประกันภัย/ ผู้ให้ความยินยอม : .....		ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ <input type="checkbox"/> บิดา / มารดา <input type="checkbox"/> ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)	
(.....) วันที่/ Date.....			



**แบบสอบถามอุบัติเหตุ**  
**(Questionnaire of accident)**

ชื่อผู้ป่วย / Claimant's Name in full.....เพศ / Sex.....อายุ / Age.....ปี / Years

1. กรุณาระบุรายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ / Please provide details about the accident.

วันที่เกิดอุบัติเหตุ / Date of accident..... เวลา / Time .....

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ / Place of accident.....

สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ (โปรดอธิบายรายละเอียดของเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด) / Cause of accident (Please explain detail of accident)

อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บระบุตำแหน่งและขนาดของบาดแผล / Organ injury location and size of wound appearance.....

2. กรุณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล / Please describe detail of treatment.

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก / Name of service care provider for the first treatment.....

วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล / Date of visit..... เวลา / Time .....

วิธีการรักษาพยาบาล / Method of medical treatment.....

วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย / Last date of medical treatment.....

การรักษาในครั้งนี้ได้ใช้สิทธิ์สวัสดิการอื่นด้วยหรือไม่ / Have you applied this treatment to another welfare?

ไม่ใช่ / ไม่มี (Not apply / None)

ใช่ กรุณาระบุสวัสดิการอื่นเพิ่มเติม (If yes, please specify detail of the welfare)

ชื่อบริษัท Company's Name	เลขที่กรมธรรม์ Policy No.	ทุนประกันอุบัติเหตุ Accidental sum assured	กรมธรรม์ยังมีผลบังคับอยู่หรือไม่ Is policy still effective?

3. เฉพาะกรณีถูกทำร้ายร่างกาย กรุณาตอบคำถามเพิ่ม ข้อ 3 – 5 / If a criminal assault, please provide details on 3-5.

ผู้ที่มาทำร้ายร่างกายมีกี่คน เป็นใคร (ถ้ามีข้อมูล กรุณาระบุ "ชื่อ - นามสกุล") / How many people who attacked you?.....

(If any, please specify their Name-Surname).....

4. ผู้ทำร้ายมีความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัยอย่างไร เคยรู้จักกันมาก่อนหรือไม่ / Have the assailant had any relationship with the insured, and have the insured ever known the assailant before?.....

5. ท่านมีการแจ้งความหรือไม่ / Did you inform the police?

ไม่ได้แจ้งความ

Did not inform the police.

แจ้งความ กรุณาแนบสำเนาเอกสารของตำรวจเพื่อประกอบการพิจารณา

If any, please attach a copy of the police report for consideration.

**ขอให้ท่านให้รายละเอียดดังกล่าวข้างต้นโดยครบถ้วนชัดเจนเป็นข้อ ทั้งนี้เพื่อการพิจารณาจะได้เป็นไปอย่างถูกต้องและเป็นธรรม**  
**Please provide details of the above statement completely and clearly in order to be considered correctly and fairly.**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากบริษัทพบว่าข้อเท็จจริงซึ่งมิได้เป็นไปตามที่แถลง ข้าพเจ้ายินดีจะรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นทั้งหมด / I hereby certify that the foregoing statement is true and correct. If the company finds that the facts are not in accordance with the statement, I am willing to be responsible for all damages and medical expenses.

สถานที่ / Sign at.....

วัน เดือน ปี / DDMMYY.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน / Witness's Signature

ผู้เอาประกันภัย ผู้เรียกร้อง / Insured's Signature