

ใบนำส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมที่มีใช้การมรณกรรม(Group Insurance)

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง เลขประจำตัวประชาชน : โทรศัพท์
 อีเมล..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....

กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อนายจ้าง (บริษัท,องค์กร).....
 ชื่อตัวแทน/บริษัทนายหน้า..... รหัสตัวแทน..... โทรศัพท์..... อีเมล.....

☐ ส่งเรียกร้องสินไหมครั้งแรก ☐ ส่งเอกสารเพิ่มเติมที่บริษัทแจ้ง ☐ ส่งเอกสารเพิ่มเติมให้พิจารณาใหม่
กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☒ หน้ารายชื่อเอกสารที่ได้มีการนำส่งเท่านั้น
เอกสารที่ต้องยื่นเพื่อประกอบการเรียกร้องสินไหมแต่ละประเภท มีดังนี้

1. กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล/ชดเชยรายวัน จากการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยใน			จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
☐	1	แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมประกันสุขภาพ-การรักษาแบบผู้ป่วยใน(IPD)		
☐	2	ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ		
☐	3	ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ		
☐	4	ใบแสดงรายละเอียดใบเสร็จ (ชนิด จำนวน ราคา)		
☐	5	ประวัติการรักษา		
☐	6	สำเนาใบแสดงการจ่ายของบริษัทประกันอื่นหรือหน่วยงานอื่น (กรณีเป็นส่วนเกินสิทธิ์)		
☐	7	หนังสือให้คำยินยอม		
☐	8	หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
☐	9	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
2. กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล แบบผู้ป่วยนอก			จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
☐	1	แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมประกันสุขภาพ-การรักษาแบบผู้ป่วยนอก(OPD)		
☐	2	ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ		
☐	3	ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ		
☐	4	ใบแสดงรายละเอียดใบเสร็จ (ชนิด จำนวน ราคา)		
☐	5	ประวัติการรักษา		
☐	6	หนังสือให้คำยินยอม		
☐	7	หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
☐	8	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
3. กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล แบบผู้ป่วยนอก(การรักษาทันตกรรม)			จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
☐	1	แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมประกันสุขภาพ-การรักษาทันตกรรม (Dental)		
☐	2	ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ		
☐	3	ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ		
☐	4	ใบแสดงรายละเอียดใบเสร็จ (ชนิด จำนวน ราคา)		
☐	5	ประวัติการรักษา		
☐	6	หนังสือให้คำยินยอม		
☐	7	หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
☐	8	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
4. กรณีเรียกร้องทุพพลภาพ / สูญเสียอวัยวะ			จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
☐	1	แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ ซึ่งกรอกโดยแพทย์ผู้รักษา		
☐	2	แบบฟอร์มใบแสดงความเห็นของจิตแพทย์ ซึ่งกรอกโดยแพทย์ผู้รักษา		
☐	3	รูปถ่ายตำแหน่งที่สูญเสียอวัยวะ		
☐	4	สำเนารับบันทึกประจำวันจากตำรวจ ที่ระบุวันเวลาเกิดอุบัติเหตุ รับรองสำเนาถูกต้อง		
☐	5	รายงานสรุปบันทึกประจำวันและรายงานสรุปสำนวนคดี รับรองสำเนาถูกต้อง		
☐	6	ประวัติการรักษาที่เกี่ยวข้องอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยในครั้งนี้อย่างหมดทุกสถานพยาบาล		
☐	7	หนังสือให้คำยินยอม		
☐	8	หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
☐	9	สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
☐	10	สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง		

ลงชื่อผู้ส่งเอกสาร วันที่ส่งเอกสาร.....

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

ตรวจสอบเอกสารโดย.....วันที่..... ☐ ครบ ☐ ไม่ครบ

หมายเหตุ.....

บริษัทฯจะดำเนินการพิจารณาการชดเชยเงินสินไหมทดแทนภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทฯได้รับเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมครบถ้วน ในกรณีที่เหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้นักชดเชยเงินสินไหมทดแทนไม่เป็นไปตามเงื่อนไขความคุ้มครอง บริษัทฯอาจจะขยายระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามความจำเป็น และผู้เอาประกันภัย,ทายาทหรือผู้รับประโยชน์ต้องให้ข้อเท็จจริงแก่บริษัทฯ ทั้งนี้บริษัทฯจะใช้เวลาและแรงผลให้ทราบภายในกำหนด 90 วันนับจากวันที่บริษัทฯได้รับเอกสารประกอบการครบถ้วนแล้ว

1 June 2022