

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนกรณีการระบาด COVID-19 (MTI)

สอบถามข้อมูลที่ศูนย์บริการลูกค้า 1484

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (บริษัท/องค์กร)ชื่อผู้ประสานงาน.....โทร.....
(กรณีกรมธรรม์ประกันภัยแบบกลุ่ม)

ชื่อผู้เอาประกันภัย.....โทร.....หมายเลขกรมธรรม์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

ชื่อผู้ติดต่อ หรือผู้ดำเนินการแทนผู้เอาประกันภัย.....โทร.....

ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ บุตร ☐ ปู่ย่า ☐ ตายาย ☐ ลูก ป้า น้า อา ☐ อื่น ๆ (ระบุ).....

แพทย์วินิจฉัยเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 ครั้งแรกเมื่อวันที่.....โรงพยาบาล.....

แพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะโคม่าด้วยโรค COVID-19 ครั้งแรกเมื่อวันที่.....โรงพยาบาล.....

ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรค COVID-19 ☐ เคย ยังรักษาไม่หาย มีประวัติรักษาที่.....
☐ เคย แต่รักษาหายแล้ว มีประวัติรักษาที่.....
☐ ไม่เคยป่วยด้วยโรคนี้

เรียกร้องค่าทดแทนตามข้อตกลงคุ้มครองเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคตามความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ดังนี้

- ☐ แพทย์วินิจฉัยภาวะโคม่าด้วยโรค COVID-19 (☐ ขณะนี้ผู้เอาประกันภัยอยู่ระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาล ☐ เสียชีวิต เมื่อวันที่.....)
☐ แพทย์วินิจฉัยเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 (แบบเหมาจ่าย : เจอ จ่าย จบ)
☐ แพทย์วินิจฉัยเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 (แบบค่ารักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัย)
☐ ค่าชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลโดยแพทย์วินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 (ค่าชดเชยรายได้)

ข้าพเจ้า (ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับประโยชน์/ผู้แทน) ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าแต่งทำขึ้น หรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือบิดบังความจริงใด ๆ แล้วข้าพเจ้ายินยอมและยอมรับว่าสิทธิที่จะได้รับค่าทดแทนหรือผลประโยชน์ครั้งนี้เป็นอันหมดไปโดยทันที

การให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งหมด ทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมกับการเรียกร้องค่าทดแทนครั้งนี้ให้แก่กรม เมืองไทยประกันภัย หรือผู้แทน หรือบุคคลภายนอกที่เป็นคู่สัญญากับกรม เมืองไทยประกันภัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสินไหมทดแทน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเรื่องเรียกร้องค่าทดแทนของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้ กรม เมืองไทยประกันภัย คู่สัญญา รวมถึงคู่พันธมิตรทางธุรกิจของบริษัทฯ ที่มีอำนาจหน้าที่ตามสัญญาประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้อยู่ในปกครองตามกฎหมายของข้าพเจ้าซึ่งข้อมูลทั้งที่มีอยู่ก่อน และหลังการให้ความยินยอมนี้ได้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งนี้ เพื่อดำเนินการอันเกี่ยวกับการพิจารณา และ/หรือการบริการด้านสินไหมทดแทน การใช้/รับสิทธิ และ/หรือการดำเนินการใดๆ เพื่อความสมบูรณ์ตามปกติวิสัยของภาคธุรกิจได้โดยตลอดตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินการจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

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

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทน
(.....) วันที่บันทึกเอกสาร/...../.....

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา โปรดส่งเอกสารให้ครบถ้วน (เอกสารสำเนา โปรดรับรองเอกสารทุกฉบับ)

ค่ารักษาพยาบาล ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐ สำเนาบัตรประชาชน หรือใบขับขี่ หรือบัตรข้าราชการ ☐ ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง และรายการค่าใช้จ่าย ☐ ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง หรือฉบับสำเนา(รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล) ☐ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็นCOVID-19 ☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง	ค่าชดเชยรายได้ ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐ สำเนาบัตรประชาชน หรือใบขับขี่ หรือบัตรข้าราชการ ☐ สำเนาใบเสร็จรับเงิน และรายการค่าใช้จ่าย ☐ ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง หรือฉบับสำเนา(รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล) ☐ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็นCOVID-19 ☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง
ภาวะโคม่า หรือค่าชดเชยแบบเหมาจ่าย (เจอ จ่าย จบ) ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐ สำเนาบัตรประชาชน หรือใบขับขี่ หรือบัตรข้าราชการ ☐ ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง หรือฉบับสำเนา(รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล) ☐ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็นCOVID-19 ☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง	กรณีเสียชีวิต ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐ รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็นCOVID-19 ☐ สำเนารับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล ☐ สำเนาใบมรณบัตร ☐ สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการ ของผู้เสียชีวิต ☐ สำเนาบัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง ทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ ☐ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ของผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์ (ถ้ามี) ☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง

หมายเหตุ : บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในแต่ละส่วนผลประโยชน์ที่ระบุไว้ตามความจำเป็น

