

ใบนำส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมที่มีใช้การมรดกกรม(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
<input type="checkbox"/>	1 แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมประกันสุขภาพ-การรักษาแบบผู้ป่วยใน(IPD)		
<input type="checkbox"/>	2 ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ		
<input type="checkbox"/>	3 ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ		
<input type="checkbox"/>	4 ใบแสดงรายละเอียดใบเสร็จ (ชนิด จำนวน ราคา)		
<input type="checkbox"/>	5 ประวัติการรักษา		
<input type="checkbox"/>	6 สำเนาใบแสดงการจ่ายของบริษัทประกันอื่นหรือหน่วยงานอื่น (กรณีเป็นส่วนเกินสิทธิ์)		
<input type="checkbox"/>	7 หนังสือให้คำยินยอม		
<input type="checkbox"/>	8 หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
<input type="checkbox"/>	9 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
2. กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล แบบผู้ป่วยนอก		จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/>	1 แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมประกันสุขภาพ-การรักษาแบบผู้ป่วยนอก(OPD)		
<input type="checkbox"/>	2 ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ		
<input type="checkbox"/>	3 ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ		
<input type="checkbox"/>	4 ใบแสดงรายละเอียดใบเสร็จ (ชนิด จำนวน ราคา)		
<input type="checkbox"/>	5 ประวัติการรักษา		
<input type="checkbox"/>	6 หนังสือให้คำยินยอม		
<input type="checkbox"/>	7 หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
<input type="checkbox"/>	8 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
3. กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล แบบผู้ป่วยนอก(การรักษาทันตกรรม)		จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/>	1 แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมประกันสุขภาพ-การรักษาทันตกรรม (Dental)		
<input type="checkbox"/>	2 ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลต้นฉบับ		
<input type="checkbox"/>	3 ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ		
<input type="checkbox"/>	4 ใบแสดงรายละเอียดใบเสร็จ (ชนิด จำนวน ราคา)		
<input type="checkbox"/>	5 ประวัติการรักษา		
<input type="checkbox"/>	6 หนังสือให้คำยินยอม		
<input type="checkbox"/>	7 หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
<input type="checkbox"/>	8 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
4.กรณีเรียกร้องทุพพลภาพ / สูญเสียอวัยวะ		จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
<input type="checkbox"/>	1 แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทุพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ ซึ่งกรอกโดยแพทย์ผู้รักษา		
<input type="checkbox"/>	2 แบบฟอร์มใบแสดงความเห็นของจิตแพทย์ ซึ่งกรอกโดยแพทย์ผู้รักษา		
<input type="checkbox"/>	3 รูปถ่ายตำแหน่งที่สูญเสียอวัยวะ		
<input type="checkbox"/>	4 สำเนามันที่กประจำวันจากตำรวจ ที่ระบุวันเวลาเกิดอุบัติเหตุ รับรองสำเนาถูกต้อง		
<input type="checkbox"/>	5 รายงานสรุปบันทึกประจำวันและรายงานสรุปสำนวนคดี รับรองสำเนาถูกต้อง		
<input type="checkbox"/>	6 ประวัติการรักษาที่เกี่ยวกับอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยในครั้งนี้อย่างหมดทุกสถานพยาบาล		
<input type="checkbox"/>	7 หนังสือให้คำยินยอม		
<input type="checkbox"/>	8 หนังสือแสดงความยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
<input type="checkbox"/>	9 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง 3 ชุด		
<input type="checkbox"/>	10 สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง		

ลงชื่อผู้ส่งเอกสาร วันที่ส่งเอกสาร.....

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ

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

หมายเหตุ.....

บริษัทฯ จะดำเนินการพิจารณาการชดใช้เงินสินไหมทดแทนภายใน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมครบถ้วน ในกรณีที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้นักชดใช้สินไหมทดแทนไม่เป็นไปตามเงื่อนไขความคุ้มครอง บริษัทฯ อาจจะขยายระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามความจำเป็น และผู้เอาประกันภัย,ทายาทหรือผู้รับประโยชน์ต้องให้ข้อเท็จจริงแก่บริษัท ทั้งนี้บริษัทฯ จะใช้เวลาและแจ้งผลให้ทราบภายในกำหนด 90 วันนับจากวันที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารประกอบการครบถ้วนแล้ว