

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม

- แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกข้อความให้สมบูรณ์ โดยผู้เอาประกันภัย
- กรุณาแนบใบรับรองแพทย์ที่ระบุวันที่เข้ารับการรักษา และ ออกจากโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค, สาเหตุของการรักษาพยาบาล, ประเภทของการรักษา และ/ หรือ การผ่าตัดมาพร้อมกับแบบฟอร์มนี้ทุกครั้ง

ความประสงค์เรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่มจาก บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามข้อมูลที่แจ้งเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

ส่วนที่ 1 สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อหน่วยงาน / บริษัท/ สหกรณ์ฯ)	วันที่
กรมธรรม์ประกันกลุ่ม เลขที่	เลขที่หนังสือรับรอง
ชื่อ-สกุลของผู้เอาประกันภัย	อายุ ปี เดือน เพศ : <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้	เลขบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง
หมายเลขโทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ <input type="checkbox"/> โทรศัพท์มือถือ <input type="checkbox"/> โทรศัพท์บ้าน	วันเดือนปีเกิด.
ประเภทการรักษาพยาบาล	
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน (IPD) : เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่	ถึงวันที่
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> ทันตกรรม (Dental) <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุ	วันที่รับการรักษา
<input type="checkbox"/> เงินชดเชยรายได้ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ	วันที่รับการรักษา
สาเหตุ: <input type="checkbox"/> เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ วันที่เกิดเหตุ _____ เวลา _____ น.	<input type="checkbox"/> มี แจ้งความที่ _____ <input type="checkbox"/> ไม่มี
อธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น _____	
มีสิทธิได้รับค่าชดเชยจากบริษัทประกันภัยอื่น <input type="checkbox"/> มี ระบุ	<input type="checkbox"/> ไม่มี

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนั้นหรือที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีเรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :

- กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปีบริบูรณ์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
- กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปี บริบูรณ์ ให้บิดา/มารดา ผู้ปกครองที่ชื่อบนสัญญาหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
- กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย วันที่..... ลงชื่อ..... พยาน ลงชื่อ..... พยาน

() () ()

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม

()

ในฐานะ บิดา/มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย

(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท ได้ที่เว็บไซต์ของบริษัท www.bangkoklife.com