

แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครอง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19)

ชื่อผู้เรียกร้องค่าสินไหม _____	กรมธรรม์เลขที่ _____
ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ _____	
ที่อยู่ _____	
อาชีพ _____	
อีเมลที่ติดต่อได้ _____	
เบอร์โทรศัพท์มือถือ (เพื่อแจ้งความคืบหน้า) _____	
วัน เวลา ที่ได้รับการเจ็บป่วย (วัน/เดือน/ปี) _____	
สถานที่เกิดเหตุ _____	
ท่านได้เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกับบริษัทอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ โปรดระบุชื่อบริษัท _____	
<input type="checkbox"/> ไม่ใช่	

ข้อตกลงยินยอมเปิดเผยข้อมูล

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้ เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล สถาน พยาบาล แพทย์ บริษัทประกันภัย ที่เคยทำการตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้ได้รับบาดเจ็บ/ผู้เสียหาย มีอำนาจเปิดเผยข้อมูลใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา การให้ยาหรือการรักษา และทำสำเนาประวัติทางการแพทย์ทั้งหมด รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการเอาประกันภัยและการเรียกร้องค่าชดเชยแก่ บริษัท เอเชียประกันภัย 1950 จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ และยินยอมให้บริษัท เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่หน่วยงานกำกับดูแลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ สำเนาของเอกสารฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายมือชื่อผู้เรียกร้อง
วันที่

ลายมือชื่อผู้เรียกร้อง
(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)
วันที่

คำแนะนำในการเรียกร้องค่าสินไหม

1. กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของท่าน พร้อมทั้งแนบเอกสารสำหรับการเรียกร้องที่ได้ระบุไว้ในตอนท้ายของแต่ละความคุ้มครองรวมถึงเบอร์โทรศัพท์มือถือและ e-mail เพื่อทางบริษัทจะสามารถแจ้งความคืบหน้าเกี่ยวกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
2. เมื่อกรอกข้อมูลครบถ้วนท่านสามารถส่งเอกสารเรียกร้องค่าสินไหมโดยผ่าน 2 ช่องทาง ดังนี้
 - ส่งผ่านไปรษณีย์ โดยท่านสามารถส่งมาตามที่อยู่ด้านล่างนี้
สำนักงานสินไหมทดแทนทั่วไป 183 อาคารริเจนท์เฮ้าส์ ชั้น 1 ถ.ราชดำริ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กทม. 10330
 - ส่งผ่านตัวแทน/นายหน้าประกันภัย
3. ในกรณีที่บริษัทต้องการเอกสารในการพิจารณาเพิ่มเติม หรือเอกสารไม่ครบถ้วน ทางบริษัทจะแจ้งให้ทราบภายใน 5 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสาร
4. เมื่อเอกสารครบถ้วน - ส่วนงานสินไหมทดแทนทั่วไปแจ้งกำหนดวันจ่ายเงินให้ทราบ โดยโอนผ่านบัญชีธนาคาร

- เอกสารประกอบการเบิกค่าสินไหมทดแทนประกันภัย COVID**
- (1) แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัท
 - (2) ใบรับรองแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล (ฉบับจริง) พร้อมประทับตราโรงพยาบาล
 - (3) ผลการตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) จากห้องทดลอง (Lab Test Result) (ฉบับจริง) (รพ.ในไทย)
 - (4) แฟ้มประวัติการตรวจรักษาพยาบาล (รับรองเอกสารถูกต้องพร้อมประทับตราโรงพยาบาล)
 - (5) สำเนาบัตรประชาชน (รับรองสำเนาถูกต้อง)
 - (6) สำเนาหน้าบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย
 - (7) เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทร้องขอตามความจำเป็น (ถ้ามี)

- เอกสารเพิ่มเติมการเบิกค่าชดเชยรายวัน**
- (1) เอกสารใบสรุปค่าใช้จ่าย รายละเอียดยา เวชภัณฑ์ ผลตรวจวินิจฉัย ฯลฯ พร้อมประทับตราโรงพยาบาล

- เอกสารเพิ่มเติมการเบิกค่ารักษาพยาบาล / ภาวะโคม่า**
- (1) เอกสารใบสรุปค่าใช้จ่าย รายละเอียดยา เวชภัณฑ์ ผลตรวจวินิจฉัย ฯลฯ พร้อมประทับตราโรงพยาบาล
 - (2) ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ฉบับจริง) (เฉพาะการเบิกค่ารักษาพยาบาล)
 - (3) สำเนาบัตรประชาชนผู้รับผลประโยชน์ - รับรองสำเนาถูกต้อง (เฉพาะเบิกค่าสินไหมภาวะโคม่า)