

คำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุ

วันที่ (Date) :/...../.....

โรงพยาบาล..... ☐ ประกันภัยรายบุคคล ☐ ประกันภัยกลุ่ม

หนังสือคำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุฉบับนี้ ประกอบด้วย **ส่วนที่ 1: สำหรับผู้เอาประกัน** และ **ส่วนที่ 2: สำหรับแพทย์ผู้รักษา โดยต้องกรอกข้อมูลและลงนามให้ครบถ้วน** บริษัทฯ จึงจะสามารถพิจารณาผลประโยชน์สินไหมฯ ให้แก่ผู้เอาประกันได้

(ส่วนที่ 1)

สำหรับผู้เอาประกัน

ข้อมูลของผู้เอาประกัน

- ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) IWC..... อายุ..... ปี อาชีพ
 เลขที่บัตรประชาชน เบอร์โทรศัพท์ อีเมล.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน รหัสไปรษณีย์
 สถานที่ทำงาน รหัสไปรษณีย์
 กรณีผู้เรียกร้องสินไหมอายุต่ำกว่า 20 ปี กรุณาระบุชื่อผู้ปกครอง ความสัมพันธ์
- กรมธรรม์เลขที่
 จำหน่าย ☐ ไม่มี ☐ มีประกันชีวิตหรือประกันภัยไว้กับบริษัทอื่น บริษัท กรมธรรม์เลขที่.....
- สาเหตุการเรียกร้องสินไหม
☐ เจ็บป่วย อาการ ระยะเวลาที่มีอาการก่อนรับการรักษาครั้งนี้
 สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนการรักษาครั้งนี้ วันที่เข้ารับการรักษา
☐ บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ เวลา สถานที่ที่เกิดเหตุ
 สาเหตุของการบาดเจ็บ
 ลักษณะบาดเจ็บ ขนาด ตำแหน่ง และอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ
- สำหรับการเรียกร้องครั้งนี้ ท่านเคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคยรักษาที่ เมื่อ
 จำหน่าย ☐ สิทธิประกันสังคม ☐ สิทธิบัตรทอง/สิทธิ 30 บาท ☐ สิทธิราชการ ที่โรงพยาบาล
- จำพำจำต้องการรับเงินสินไหมทดแทนโดยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร เลขที่

การเตรียมเอกสารสำหรับยื่นประกอบการพิจารณาผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุ ประกอบด้วย

- กรอกข้อมูลของผู้เอาประกันครบถ้วน
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคารหน้าแรก พร้อมลงนาม และรับรองสำเนาถูกต้อง
- บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงนาม และรับรองสำเนาถูกต้อง

หนังสือให้ความยินยอม

จำพำจำ ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของจำพำจำที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของจำพำจำให้แก่บริษัท บริษัทประกันภัยต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์/ผู้ทรงกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย

จำพำจำยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของจำพำจำต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์/ผู้ทรงกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย โดยสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิได้มีผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

จำพำจำได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของจำพำจำจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

กรณีนี้

- ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 20 ปี) ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์
- มีการลงนามโดยใช้การพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ลงชื่อ..... (.....) ผู้เอาประกันภัย	ลงชื่อ..... (.....) พยาน	ลงชื่อ..... (.....) พยาน
ความสัมพันธ์		
วันที่	วันที่	วันที่

คำร้องขอรับผลประโยชน์สินไหมค่ารักษาพยาบาลและอุบัติเหตุ

(ส่วนที่ 2)

สำหรับแพทย์ผู้รักษา (For Physician)

1. Visit dateTimeVital signs: T: P: R:..... BP:
2. Chief complaint duration
3. Present illness or cause of injury
- For Injury: Date of injuryTime: Place of injury:..... Details of injury:
4. Physical exam
5. Previous treatment for this illness or injury (Date & Place)
6. The illness or injury influenced by alcohol or drug addict: ☐ No ☐ Yes, please specify.....
7. Underlying condition:
8. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.):
9. Diagnosis: ICD10-TM:
10. Treatment:
11. Surgery/Operation: Date performed:
12. Pathological report:

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above.

.....
 (.....)

Physician's signature

Date

Medical specialty:
 Medical license no:
 Tel no:
 Medical institute:
 Address:

กรุณารอกข้อมูลในเอกสารฉบับนี้ พร้อมแนบเอกสารที่ระบุไว้ ส่งกลับมายังบริษัทฯ ผ่านช่องทางไปรษณีย์ ดังนี้
 แผนกสินไหมทดแทน ประกันชีวิตกลุ่ม
 บริษัท เจนเนอราลี ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
 87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นส พลัส ชั้น 16 ยูนิต 1602-1605 ถนนวิภาวดี แวงลงมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330



หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ส่วนบริการลูกค้าประกันชีวิตกลุ่ม ออดไลน์ 24 ชั่วโมง: 089-499-6918

ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์ – วันศุกร์ 8.30-17.00 น. (เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) LINE: @genbuddy (วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 8:30 – 20:00 น.)

คำแนะนำการเรียกร้องสินไหมทดแทนประกันสุขภาพ

เอกสารประกอบการเรียกร้อง

1. การแจ้งบริษัทฯ ต้องแจ้งให้บริษัทฯ ทราบภายใน 30 วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล
2. เตรียมเอกสารประกอบ
 - แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทนสุขภาพและอุบัติเหตุ ตามแบบฟอร์มของบริษัทฯ
 - หนังสือยินยอมและมอบอำนาจให้ดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล
 - สำเนาบัตรประชาชน
 - ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ)
 - ใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ)
 - สำเนารายงานบันทึกประจำวันย้อนกลับจากตรวจสถานที่เกิดเหตุ (กรณีประสบอุบัติเหตุทางจราจร)
 - สำเนารายงานบันทึกประจำวันข้อไปตรวจสถานที่เกิดเหตุ (กรณีประสบอุบัติเหตุทางจราจร)

ช่องทางการติดต่อเรียกร้อง

ติดต่อด้วยตนเอง

ที่ สำนักงานใหญ่ บริษัท เจนเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 08.30 – 17.00 น. (เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) โทรศัพท์ 0 2685 3828

ส่วนบริการลูกค้าประกันชีวิตกลุ่ม ฮอตไลน์ 24 ชั่วโมง: 089-499-6918

ส่งทางไปรษณีย์

ส่งที่ แผนกสินไหมทดแทนประกันชีวิต ชั้น 16 บริษัท เจนเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

87/2 ยูนิต 1602-1605 อาคารซีอาร์ซี ออลซีซั่นเพลส ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

ประกันกลุ่มสามารถส่งผ่านฝ่ายบุคคลของท่านหรือผ่าน Broker ผู้ดูแลกรมธรรม์

ระยะเวลาดำเนินการ

- บริษัทฯ ใช้เวลาการพิจารณาไม่เกิน 15 วันนับตั้งแต่วันที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง
- บริษัทฯ อาจขยายระยะเวลาในการขอเอกสารหรือตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาแต่ไม่เกิน 90 วันนับตั้งแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง