

ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน **กรมธรรม์ประกันภัยโควิด**

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ค่ารักษาพยาบาล

1. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงที่แสดงรายการค่ารักษาพยาบาล
(กรณีใบเสร็จรับเงินฉบับจริงเป็นรายการรวม รบกวนแนบใบรายละเอียดค่าใช้จ่ายหรือใบสรุปหน้าจบประกอบด้วย)
2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุข้อวินิจฉัย และวันที่นอนโรงพยาบาล
3. ผลตรวจเชื้อโควิดของผู้เอาประกันภัย
4. สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาบัตรประกันภัย
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกัน
6. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01)

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน

1. สำเนาใบเสร็จรับเงิน/ใบสรุปค่ารักษาพยาบาล/ใบแจ้งหนี้ค่ารักษาพยาบาล
2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุข้อวินิจฉัย และวันที่นอนโรงพยาบาล
3. ผลตรวจเชื้อโควิดของผู้เอาประกันภัย
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาบัตรประกันภัย
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกัน
6. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01)

กรณีเรียกร้องค่าตรวจเชื้อโควิด ครอบครัว หรือ ผู้ที่พักอาศัยอยู่กับผู้เอาประกันภัย

1. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับค่าตรวจโควิดของบุคคลในครอบครัวหรือ ผู้ที่พักอาศัยอยู่กับผู้เอาประกันภัย
2. ผลตรวจเชื้อโควิดของผู้เอาประกันภัยที่ระบุว่าการติดเชื้อ และ สำเนาบัตรประชาชน
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ตรวจ หรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ
4. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกัน
5. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01-3)

กรณีการเสียชีวิตเนื่องจากเจ็บป่วย อาการโคม่า หรือ การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย เตรียมเอกสารดังนี้

1. สำเนาใบมรณบัตร (กรณีเสียชีวิตก่อนเบิกประกันภัย)
2. สำเนาหนังสือรับรองการตาย หรือ ประวัติการรักษาพยาบาลย้อนหลังทั้งหมด และ ผลตรวจเชื้อโควิด
3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต หรือ ผู้เอาประกันภัย
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย ที่มีการจำหน่าย “ ตาย ” (กรณีเสียชีวิตก่อนเบิกประกันภัย)
5. สำเนาบัตรประชาชน/สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน (กรณีผู้รับประโยชน์บรรลุนิติภาวะ)



ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

6. สำเนาสูติบัตร, สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ที่เป็นผู้เยาว์ / พร้อมสำเนาทะเบียนบ้าน และบัตรประชาชนของบิดามารดาหรือผู้ปกครองของผู้รับประโยชน์ (กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
7. สำเนาหนังสือเดินทาง (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นชาวต่างประเทศ)
8. ใบรายงานแพทย์กรณีเสียชีวิต ทุพพลภาพและภาวะโรคภัยแรง (A02-1)
9. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้รับประโยชน์
10. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01)
11. คำสั่งศาลแต่งตั้งผู้จัดการมรดก หรือหนังสือลำดับทายาทโดยธรรม (กรณีมิได้ระบุผู้รับประโยชน์ในกรมธรรม์หรือระบุผู้รับประโยชน์เป็นทายาทตามกฎหมาย)

หมายเหตุ:

1. เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนา จะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย
2. ผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนในตำแหน่ง ลายเซ็นของผู้เอาประกันภัย
3. ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือพร้อมทั้งระบุว่าเป็นนิ้วหัวแม่มือ ข้างไหนของใคร พร้อมทั้งมีพยานเซ็นรับรอง 2 ท่าน
4. หากปรากฏว่า ชื่อ หรือนามสกุลของผู้เอาประกันในเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ ต้องส่งหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือนามสกุลของทางราชการประกอบการพิจารณา
5. ระยะเวลาการพิจารณาสินไหม ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง แต่หากมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้ชดเชยสินไหมตามกรมธรรม์ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครอง
6. ในกรมธรรม์ ระยะเวลาที่กำหนดไว้อาจขยายออกไปได้ตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

หมายเหตุ : ความคุ้มครองขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และเอกสารประกอบการพิจารณาต้องเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น

เมื่อเอกสารครบถ้วน สามารถนำส่งตามรายการแจ้ง มายัง

ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพ ชั้น 15 บมจ.ทิพยประกันภัย

เลขที่ 1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

กรณีไม่ต้องใช้ฉบับจริง สามารถนำส่งได้ที่ Email : claim_ah@dhipaya.co.th



ทิพยประกันภัย

DHIPAYA INSURANCE

ภาคธุรกิจผู้ถือหุ้นใหญ่

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

A01

ห่วงโซ่คุณค่าในสังคม

- () ค่ารักษาพยาบาล () ค่ารักษาทันตกรรม () ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
() เสียชีวิต () เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง () ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง () สูญเสียอวัยวะ () ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว () อื่นๆ.....

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล

1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน เพศ..... อายุ..... ปี..... อาชีพ..... สถานที่ติดต่อปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....	
2. กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดธนาคารมาพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน) โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... สาขา..... ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....	
3. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ () ผู้ป่วยนอก () ผู้ป่วยใน () ICU () อื่นๆ 3.1 ชื่อโรงพยาบาล..... วันที่เข้ารักษา..... วันที่ออกจากโรงพยาบาล..... 3.2 อาการเจ็บป่วย..... 3.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล..... 3.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาจะรักษาอยู่ใน โรงพยาบาล..... แผนกที่เข้ารับการรักษา..... 3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์..... 3.6 ได้รับการรักษาโดย () การฉายา () การผ่าตัด (ระบุ)..... () อื่นๆ (ระบุ)..... 3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....	
4. กรณีที่การรักษาไม่สาเหตุจากอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราวจากการบาดเจ็บ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ 4.1 สถานที่เกิดเหตุ..... 4.2 วันที่เกิดเหตุ..... เวลาที่เกิดเหตุ..... 4.3 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด)..... 4.4 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ..... 4.5 มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ..... เมื่อวันที่..... 4.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา..... วันที่ทำการรักษา..... 4.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา..... แผนกที่ทำการรักษา..... เลขที่ผู้ป่วยนอก..... 4.8 วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย..... 4.9 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ)..... 4.10 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด).....	
5. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่..... อายุครรภ์..... สัปดาห์	
6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์.....	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

(.....)

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่...../...../.....





ทิพยประกันภัย
DHIPAYA INSURANCE
ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

A01-3

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณีค่าตรวจเชื้อโควิดบุคคลในครอบครัว

1. ข้อมูลผู้เอาประกัน

ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย โทรศัพท์มือถือ.....

กรุณารอกข้อมูลธนาคารของผู้เอาประกันภัย หรือ แนนสำเนาหน้าสมุดธนาคาร

ชื่อธนาคาร.....สาขา.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

2. รายละเอียดการติดเชื้อโควิด

2.1 สถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยตรวจพบการติดเชื้อโควิด (พร้อมแนบสำเนา)

.....วันที่ตรวจพบเชื้อ.....

2.2 ความสัมพันธ์ของผู้เข้ารับการตรวจกับผู้เอาประกันภัย (ระบรายละเอียด).....

.....
.....
.....

2.3 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการตรวจ.....วันที่ทำการตรวจ.....

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่...../...../.....

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

DHIPAYA INSURANCE PUBLIC CO., LTD.
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,
Yannawa, Bangkok 10120, Thailand.

Tel : +66 (0) 2239 2200 Call Center 1736
Fax : +66 (0) 2239 2049
www.dhipaya.co.th

