

ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน **กรมธรรม์ประกันภัยโควิด**

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ค่ารักษาพยาบาล

1. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงที่แสดงรายการค่ารักษาพยาบาล
(กรณีใบเสร็จรับเงินฉบับจริงเป็นรายการรวม รบกวนแนบใบรายละเอียดค่าใช้จ่ายหรือใบสรุปหน้างบประมาณประกอบด้วย)
2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุข้อวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล
3. ผลตรวจเชื้อโควิดของผู้เอาประกันภัย
4. สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาบัตรประกันภัย
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกัน
6. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01)
7. แบบฟอร์มขอข้อมูลสำหรับผู้ป่วยโควิด 19 (A01-4) *สำหรับกรณีที่แพทย์ไม่ได้ระบุอาการสำคัญในใบรับรองแพทย์

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน

1. ใบเสร็จรับเงิน/ใบสรุปค่ารักษาพยาบาล/ใบแจ้งหนี้ค่ารักษาพยาบาล
2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุข้อวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล
3. ผลตรวจเชื้อโควิดของผู้เอาประกันภัย
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาบัตรประกันภัย
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกัน
6. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01)
7. แบบฟอร์มขอข้อมูลสำหรับผู้ป่วยโควิด 19 (A01-4) *สำหรับกรณีที่แพทย์ไม่ได้ระบุอาการสำคัญในใบรับรองแพทย์

กรณีเรียกร้องค่าตรวจเชื้อโควิด ครอบครัว หรือ ผู้ที่พักอาศัยอยู่กับผู้เอาประกันภัย (ถ้ามี)

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

หมายเหตุ:

1. เอกสารที่นำส่งบริษัท หากเป็นเอกสารฉบับสำเนา จะต้องมีการรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย
2. ผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อในเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนในตำแหน่งลายเซ็นของผู้เอาประกันภัย กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต ให้ผู้รับประโยชน์หรือทายาทโดยธรรมเป็นผู้ลงลายมือชื่อแทน
3. ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือพร้อมทั้งระบุว่าเป็นนิ้วหัวแม่มือ ข้างไหนของใคร พร้อมทั้งมีพยานเซ็นรับรอง 2 ท่าน
4. หากปรากฏว่า ชื่อ หรือนามสกุลของผู้เอาประกันในเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทนไม่ตรงกับที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ ต้องส่งหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ หรือนามสกุลของทางราชการประกอบการพิจารณา
5. ระยะเวลาการพิจารณาสินไหม ไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่บริษัทได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง แต่หากมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้ชดใช้สินไหมตามกรมธรรม์ไม่เป็นไปตามข้อตกลงคุ้มครอง
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_health@dhipaya.co.th

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

- () 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 (กรุณานำแบบสำเนาหน้าสมุดธนาคารมาพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน) 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 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล.....แผนกที่เข้ารับการรักษา..... 3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์..... 3.6 ได้รับการรักษาโดย () การฉายยา () การผ่าตัด (ระบุ).....() อื่นๆ (ระบุ)..... 3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ).....
4.กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราวจากการบาดเจ็บ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ 4.1 สถานที่เกิดเหตุ.....วันเวลาที่เกิดเหตุ.....เหตุเกิดอย่างไร(ระบุรายละเอียด)..... 4.2 ภาวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ..... 4.3 มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ.....เมื่อวันที่..... 4.4 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา.....วันที่ทำการรักษา..... 4.5 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา.....แผนกที่ทำการรักษา.....เลขที่ผู้ป่วยนอก..... 4.6 วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย..... 4.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ () เอ็กซเรย์ () ตรวจหัวใจ () ตรวจโรค () อื่นๆ (ระบุ)..... 4.8 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด).....
5. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษายู่ใน โรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่.....อายุครรภ์.....สัปดาห์
6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษายาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์การ สถาบัน หรือบุคคลใด
 ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย
 หนึ่ง สำนัภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ
 ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ แจ้งผลการพิจารณาด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (E-MAIL, LINE , SMS หรือช่องทางอื่นใดที่กำหนดไว้ในกฎหมาย) ข้าพเจ้า
 รับทราบจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

(.....)

วันที่...../...../.....

ความเต็มพินัย.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่...../...../.....

แบบฟอร์มขอข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19

Medical Information Request

1. ข้อมูลทั่วไป/General Information*

ชื่อ-นามสกุล/Name-Surname.....เพศ/Sex ☐ ชาย/M ☐ หญิง/F
 อายุ/Age ปี/Year สัญชาติ/Nationality น้ำหนัก/Weight (kg.)..... ส่วนสูง/Height (cm.)
 บัตรประจำตัวประชาชน/Thai National ID. Card.....หนังสือเดินทางเลขที่/Passport No.
 เลขที่ลงทะเบียนโรงพยาบาล/Hospital No.....เลขที่ผู้ป่วยใน/Admission No.....
 เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้/ Mobile no.....ที่อยู่เลขที่/Address No..... หมู่ที่
 หมู่บ้าน/Village ซอย/Soi..... ถนน/Road
 ตำบล/Sub-district อำเภอ/District จังหวัด/Province

2. ข้อมูลทางคลินิก/Clinical Information*

ตรวจพบเชื้อโควิดวันที่/Date of Covid-19 Detection.....

โรคประจำตัว/Medical Condition ☐ มี/Yes (โปรดเลือก/Please identify) ☐ ไม่มี/None
☐ โรคปอด เช่น หอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง/วัณโรค/Lung Disease ie. Asthma/ COPD/TB
☐ โรคหัวใจ/Heart Disease ☐ โรคตับแข็ง/Cirrhosis ☐ โรคภูมิคุ้มกันต้านทานต่ำ/SLE
☐ โรคไตวายเรื้อรัง/Renal failure ☐ อื่น ๆ ระบุ/ Others please identify.....

สัญญาณชีพและอาการในวันเข้ารับการตรวจ(ครั้งแรก) /Vital Sign and Condition (First Visit)*

☐ T °C ☐ PR/min ☐ RR/min ☐ BPmmHg
☐ O2 Sat.....% ☐ เจ็บคอ/Sore Throat ☐ ไอ/Cough
☐ ปวดกล้ามเนื้อ/Myalgia ☐ มีน้ำมูก/Running Nose ☐ มีเสมหะ/Mucus
☐ ปวดศีรษะ/Headache ☐ ถ่ายเหลว/Diarrhea ☐ ตาแดง/Red Eyes
☐ จมูกไม่ได้กลิ่น/Anosmia ☐ ลิ้นไม่รับรส/Dysgeusia ☐ ผื่น/Rash
☐ อื่น ๆ ระบุ/ Others please identify.....

ผลเอกซเรย์ปอด / Chest X-Ray ☐ ทำ/Performed ☐ ไม่ได้ทำ/Not performed วันที่/Date

ผลการตรวจ/Findings ☐ No Abnormality detected
☐ Nonsignificant findings related to COVID-19 pneumonia
☐ Highly suspicious for mild COVID-19 pneumonia
☐ Typical for COVID-19 pneumonia

3. ผลการติดตามอาการผู้ป่วยโควิด-19 ขณะรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital)

/ Daily Record during admission at Hospital or Hospitel*

วัน/เดือน/ปี (พ.ศ.)		/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....
การตรวจร่างกาย		Day.....	Day.....	Day.....	Day.....	Day.....
1	อุณหภูมิ/Temperature					
2	Oxygen Saturation (%)					
3	การหายใจครั้ง/นาที					
วัน/เดือน/ปี (พ.ศ.)		/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....	/...../.....
การตรวจร่างกาย		Day.....	Day.....	Day.....	Day.....	Day.....
1	อุณหภูมิ					
2	Oxygen Saturation (%)					
3	การหายใจครั้ง/นาที					

4. การประเมินระดับความรุนแรง/Assessment of Severity*

- ☐ ASymptomatic Covid-19
- ☐ Mild Symptomatic Covid-19 and no risk factors
- ☐ Mild Symptomatic Covid-19 with risk factor (โปรดระบุ/Please identify).....
- ☐ Severe Symptomatic

5. การวินิจฉัยเบื้องต้นผู้ป่วยมีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องเข้ารับการรักษาด่วน/ Diagnosis on how to treat the patient and reason of admission*

- ☐ Home Isolation ☐ Community Isolation
- ☐ สถานพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) ☐ โรงพยาบาล เนื่องจาก (โปรดระบุ/Please identify).....
-

6. การให้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019/ Medicine

- ☐ ฟาโทะลาลยใจ ☐ Remdesivir ☐ Favipiravir ☐ Corticosteroid
- ☐ Lopinavir/ritonavir ☐ Darunavir ☐ Chloroquine/Hydroxychloroquine
- ☐ Ritonavir ☐ อื่น ๆ ระบุ/Others please identify.....

นายแพทย์ผู้ตรวจ/ MD.

เลขที่ใบประกอบเวชกรรม/ Medical license no.

ลงนาม/Signature.....

วันที่ให้ข้อมูล/Information provided date.....



ตราประทับโรงพยาบาล/Hospital Stamp