

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันภัยกลุ่ม สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม/สมาชิกสมทบ  
(Group Claim Form for Insured Member)

ข้อแนะนำเพื่อให้การพิจารณาการเรียกร้องเงินไปด้วยความรวดเร็ว (Consideration for Outstanding reimbursement)

- แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกข้อความสมบูรณ์ โดยสมาชิกผู้เอาประกันภัย/สมาชิกสมทบกรอกด้วยตนเอง (Complete filling the information by insured member)
- กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ สามารถให้ผู้ปกครองดำเนินการแทนได้ (In the event that the insured is a minors, the parents can do on their behalf)
- กรอกแบบฟอร์ม 1 ใบ ต่อการรักษา (1 form : each time of sickness / Admit Date)

เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลและ กรุณาทำเครื่องหมายในช่องด้านล่างตามเอกสารที่ท่านจัดส่งมา   
(Document for reimbursement and please check the boxes according to the documents you have attached )

- แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันภัยกลุ่ม (Group claim form)
- ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ (Original Certificate medical, excepted use reimbursement of Hospital income benefit)
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ (Original Receipt, excepted use reimbursement of Hospital income benefit)
- ใบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล (กรณีนอนโรงพยาบาล) (Invoice bill, in case of Inpatient)

ผู้ถือกรมธรรม์-ชื่อบริษัท (Policy Holder-Company Name): \_\_\_\_\_ วันที่ (Date): \_\_\_\_\_  
กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ (Policy No.): GH/GA/GL/GS/GU \_\_\_\_\_ หนังสือรับรองเลขที่ (Certificate No.): \_\_\_\_\_  
ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย (Insured's Name): \_\_\_\_\_  
อายุ (Age): \_\_\_\_\_ ปี (Years) เพศ (Sex):  ชาย (Male)  หญิง (Female)  
ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address): \_\_\_\_\_  
โทรศัพท์มือถือ (Mobile): \_\_\_\_\_ อีเมล (Email): \_\_\_\_\_  
ประเภทการรักษา (Claim Type):  ผู้ป่วยใน (IPD): วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Admit Date) \_\_\_\_\_ ถึงวันที่ (Discharge): \_\_\_\_\_  
 ผู้ป่วยนอก (OPD)  ทันตกรรม (Dental) วันที่รักษา (Admit Date): \_\_\_\_\_  
 อื่นๆ ระบุ (Others): \_\_\_\_\_ วันที่รักษา (Admit Date): \_\_\_\_\_  
สาเหตุ (Cause):  เจ็บป่วย (Illness)  อุบัติเหตุ (Accident) วันที่เกิดเหตุ (Accident Date): \_\_\_\_\_ เวลา (Time): \_\_\_\_\_ น.  
 การแจ้งความ (Did you have the police report):  มีแจ้งความที่ (Yes, at): \_\_\_\_\_  ไม่มี (No)  
 ลักษณะการเกิดเหตุ (Details of accident) / อาการ (Symptoms): \_\_\_\_\_  
ประสงค์ขอเอกสารคืน (Request a return of the documents):  ใช่ (Yes)  ไม่ (No)

หนังสือให้ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทน ประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือ ผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือ ดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องตัวแทน ประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนา ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล/ พยาน พยาน  
ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

หมายเหตุ : \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

\*\* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน



นโยบายข้อมูล  
ส่วนบุคคล

สำหรับคณะแพทยศาสตร์

แบบฟอร์มการขอเรียกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

การประกันสุขภาพ (กลุ่ม)บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

1. ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.).....นามสกุล.....
2. สายงาน  พนักงานมหาวิทยาลัย  
 ข้าราชการ /พนักงานมหาวิทยาลัยเปลี่ยนสถานภาพ /ลูกจ้าง  
 พนักงานมหาวิทยาลัย (คณะแพทยศาสตร์)
3. หน่วยงาน สถานฯ/ภาควิชา/สาขาวิชา/หน่วยงาน.....  
โทร.....มือถือ.....E-mail.....
4. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลขอ  
 ข้าพเจ้า(ตนเอง)     บุคคลในครอบครัวที่ซื้อประกันเอง     บุคคลสมทบที่ซื้อประกันเอง  
 บุคคลในครอบครัว (กรณีพนักงานมหาวิทยาลัย(คณะแพทยศาสตร์))  
 คู่สมรส ชื่อ.....นามสกุล.....  
 บุตร ชื่อ.....นามสกุล.....  
 บิดา ชื่อ.....นามสกุล.....  
 มารดา ชื่อ.....นามสกุล.....
5. วันที่เข้ารับการรักษา ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....รวมเป็นเงิน.....บาท  
ขอเบิกส่วนของ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท
6. โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ของธนาคาร.....บัญชีเลขที่.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
...../...../.....

หมายเหตุ

1. โปรดแนบสำเนาธนาคารพาณิชย์ฯ ที่ต้องการโอนเงินคืนประเภทออมทรัพย์เฉพาะเบิกครั้งแรกเท่านั้น
2. โปรดแนบสำเนาเอกสารในการเบิกครั้งนี้ทุกแผ่น จำนวน 1 ฉบับ

\*\*\*กรุณารอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง\*\*\*