แบบฟอร์มการขอเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

การประกันสุขภาพ (กลุ่ม)

บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

1. ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.).....นามสกุล.....
2. สายงาน ◯ พนักงานมหาวิทยาลัย ◯ พนักงานมหาวิทยาลัย(ชั่วคราว)
   ◯ ข้าราชการ ◯ ลูกจ้างประจำ
   ◯ พนักงานเงินรายได้
3. หน่วยงาน คณะ / สำนัก / สถาบัน / กอง.....
   โทร.....มือถือ.....
   E-mail :.....
4. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
   ◯ ข้าพเจ้า
   ◯ บุคลากรสมทบที่ซื้อประกันเอง
   ◯ บุคลากรสมทบที่มหาวิทยาลัยซื้อประกันให้
      ◯ คู่สมรส ชื่อ.....นามสกุล.....
      ◯ บุตร ชื่อ.....นามสกุล.....
      ◯ บิดา ชื่อ.....นามสกุล.....
      ◯ มารดา ชื่อ.....นามสกุล.....
5. วันที่เข้ารับรับการรักษา ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
   ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....รวมเป็นเงิน.....บาท
   ขอเบิกส่วนของ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จำนวนเงิน.....บาท
6. <u>หลักฐานที่แนบ พร้อมสำเนา 1 ชุด</u>
   ◯ ใบเสร็จรับเงิน **(ฉบับจริง)** พร้อมสำเนา 1 ชุด
   ◯ ใบรับรองแพทย์ **(ฉบับจริง)** พร้อมสำเนา 1 ชุด
7. โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ของธนาคาร.....บัญชีเลขที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....

หมายเหตุ โปรดแนบสำเนาธนาคารพาณิชย์ฯ ที่ต้องการโอนเงินคืนประเภทออมทรัพย์เฉพาะเบิกครั้งแรกเท่านั้น

******กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง******

แบบฟอร์มการขอเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

การประกันสุขภาพ (กลุ่ม)

บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

1. ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.).....นามสกุล.....
2. สายงาน ◯ พนักงานมหาวิทยาลัย ◯ พนักงานมหาวิทยาลัย(ชั่วคราว)
   ◯ ข้าราชการ ◯ ลูกจ้างประจำ
   ◯ พนักงานเงินรายได้
3. หน่วยงาน คณะ / สำนัก / สถาบัน / กอง.....
   โทร.....มือถือ.....
   E-mail :.....
4. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
   ◯ ข้าพเจ้า
   ◯ บุคลากรสมทบที่ซื้อประกันเอง
   ◯ บุคลากรสมทบที่มหาวิทยาลัยซื้อประกันให้
      ◯ คู่สมรส ชื่อ.....นามสกุล.....
      ◯ บุตร ชื่อ.....นามสกุล.....
      ◯ บิดา ชื่อ.....นามสกุล.....
      ◯ มารดา ชื่อ.....นามสกุล.....
5. วันที่เข้ารับรับการรักษา ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
   ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....รวมเป็นเงิน.....บาท
   ขอเบิกส่วนของ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จำนวนเงิน.....บาท
6. <u>หลักฐานที่แนบ พร้อมสำเนา 1 ชุด</u>
   ◯ ใบเสร็จรับเงิน **(ฉบับจริง)** พร้อมสำเนา 1 ชุด
   ◯ ใบรับรองแพทย์ **(ฉบับจริง)** พร้อมสำเนา 1 ชุด
7. โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ของธนาคาร.....บัญชีเลขที่.....

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....

หมายเหตุ โปรดแนบสำเนาธนาคารพาณิชย์ฯ ที่ต้องการโอนเงินคืนประเภทออมทรัพย์เฉพาะเบิกครั้งแรกเท่านั้น

******กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง******

ไทยสมุทร OCEAN LIFE INSURANCE

บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

OCEAN LIFE EASY CLAIM บริการส่งเคลมสินไหมออนไลน์

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

ข้อแนะนำเพื่อให้การพิจารณาการเรียกร้องเป็นไปด้วยความรวดเร็ว (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 ☑)

- ☐ แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม (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): มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ (Policy No.): GH/GA/GL/GS/GU _____ หนังสือรับรองเลขที่ (Certificate No.): _____

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย (Insured's Name): _____ ☐ ชาย (Male) ☐ หญิง (Female)

ประเภทการรักษา (Claim Type): ☐ ผู้ป่วยใน (IPD): วันที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล (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.

ประสงค์ขอเอกสารคืน (Request a return of the documents): ☑ ใช่ (Yes) ☐ ไม่ (No) โทรศัพท์มือถือ (Mobile): _____

หนังสือให้ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือ ผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัย ต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

LETTER OF CONSENT

I, hereby, consent and allow doctors, medical centres, other insurance companies or any relevant persons who have acquired my personal data, health information, disability, sexual behaviour, biometric data, genetic data, my previous medical history including any future information which were available to disclose and release such information to the Agent Company, the life insurance company, or the Company's representatives in order to apply for an insurance policy, or claim the benefit thereof, or dealing with the insurance policy in any manner.

I, hereby, grant my consent to the Company to collect, use, disclose and release my personal data, health information, disability, sexual behaviour, biometric data, genetic data, and my previous medical history including any future information to the competent authorities or the reinsurers, relevant persons, the Company's life insurance agents, its personnel, and its representatives for the purpose of applying for an insurance policy, indemnifying the insured person thereunder, or for medical interest or dealing with the insurance policy in any manner.

Additionally, the copy of this Letter of Consent shall be binding as same as the original.

I, hereby, fully acknowledge and fully understand the condition and procedure of the Company under this Letter. I also agree that they are in accordance with my intention. Therefore, I am thereby entirely bound without reservation.

ลงชื่อ (Sign) _____	ลงชื่อ (Sign) _____	ลงชื่อ (Sign) _____
(_____)	(_____)	(_____)
วันที่ (Date) ____/____/____	วันที่ (Date) ____/____/____	วันที่ (Date) ____/____/____
ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล/ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม (Personal Data Provide/Insured/Legal representative)	พยาน (Witness)	พยาน (Witness)

ลงชื่อ (Sign) _____ ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์ (Consent Grantor Relation with the minor) _____

(_____)

วันที่ (Date) ____/____/____

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

Remark : * In case the beneficiary is a minor, a guardian must sign together with the minor and specify the relationship. ** In case of signing by fingerprint, signatures of 2 witnesses must be completely provided.

นโยบายข้อมูลส่วนบุคคล