

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนกรณีการติดเชื้อ COVID-19 และวัคซีน (MTI) สอบถามข้อมูลที่ศูนย์บริการลูกค้า 1484 บมจ. เมืองไทยประกันภัย (ฝ่ายสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ) เลขที่ 252 ถนนรัชดาภิเษก ห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (บริษัท/องค์กร เฉพาะประกันกลุ่ม)ชื่อผู้ประสานงาน.....โทร.....

ชื่อผู้เอาประกันภัย.....โทร.....หมายเลขกรมธรรม์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....อีเมล.....

ชื่อผู้ติดต่อ (ทำการแทนผู้เอาประกันภัย).....โทร.....ความสัมพันธ์.....

เก็บตัวอย่างเพื่อตรวจหาเชื้อวันที่.....เวลา..... รายงานผลการตรวจพบติดเชื้อ COVID-19 วันที่.....เวลา.....

ได้รับทราบผลการตรวจพบติดเชื้อ COVID-19 วันที่.....เวลา.....รักษาวันที่.....ที่.....

หากท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค COVID-19 รวมถึงโรค/ภาวะแทรกซ้อน โปรดระบุวันที่และสถานที่รักษา.....

ได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ชื่อ.....เข็มที่ 1 วันที่.....,.....,.....เข็มที่ 2 วันที่.....

แพทย์วินิจฉัยว่าได้รับผลกระทบจากวัคซีนเมื่อวันที่.....มีอาการ.....

- เรียกร้องค่าทดแทนเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 หรือได้รับผลกระทบจากวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ตามความคุ้มครอง ดังนี้
- ☐ การเสียชีวิตด้วยภาวะโคม่า หรือด้วยโรค COVID-19 หรือผลกระทบจากวัคซีนฯ (ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต เมื่อวันที่.....)
 - ☐ แพทย์วินิจฉัยภาวะโคม่าด้วยโรค COVID-19 หรือผลกระทบจากวัคซีนฯ (ขณะนี้ผู้เอาประกันภัยรักษาตัวในโรงพยาบาล.....)
 - ☐ แพทย์วินิจฉัยเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 (แบบเหมาจ่าย : เจอ จ่าย จบ หรือแบบค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัย)
 - ☐ แพทย์วินิจฉัยเจ็บป่วยด้วยผลกระทบจากวัคซีนฯ (แบบเหมาจ่าย : เจอ จ่าย จบ หรือแบบค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัย)
 - ☐ ค่าชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลด้วยโรค COVID-19 หรือด้วยผลกระทบจากวัคซีนฯ (ค่าชดเชยรายได้)
 - ☐ อื่น ๆ

การให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งหมด ทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมกับการเรียกร้องค่าทดแทนครั้งนี้ให้แก่ บมจ. เมืองไทยประกันภัย หรือผู้แทน หรือบุคคลภายนอกที่เป็นคู่สัญญากับ บมจ. เมืองไทยประกันภัย ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสินไหมทดแทน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเรื่องเรียกร้องค่าทดแทนของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้ บมจ. เมืองไทยประกันภัย คู่สัญญา รวมถึงผู้พันธมิตรทางธุรกิจของบริษัทฯ ที่มีอำนาจหน้าที่ตามสัญญาประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้อยู่ในปกครองตามกฎหมายของข้าพเจ้าซึ่งข้อมูลทั้งที่มีอยู่ก่อน และหลังการให้ความยินยอมนี้ได้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งนี้ เพื่อดำเนินการอันเกี่ยวกับการพิจารณา และ/หรือการบริการด้านสินไหมทดแทน การใช้สิทธิ และ/หรือการดำเนินการใดๆ เพื่อความสมบูรณ์ตามปกติวิสัยของภาคธุรกิจได้โดยตลอดตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินการจนสิ้นสุดกระบวนการ

อนึ่ง ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้สำเนา และ/หรือเก็บรักษา ใช้ เปิดเผยเอกสารฉบับนี้ ทั้งในรูปแบบเอกสาร และ/หรืออิเล็กทรอนิกส์ อันมิผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้อ่าน และเข้าใจการปฏิบัติตามหนังสือฉบับนี้เป็นอย่างดี จึงได้ลงลายมือชื่อตกลง และยินยอมไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทนของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์

(.....) วันที่บันทึกเอกสาร/...../.....

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา โปรดส่งเอกสารให้ครบถ้วน (เอกสารสำเนา โปรดรับรองเอกสารทุกฉบับ)

เรียกร้องค่ารักษาพยาบาล (จ่ายค่าทดแทนให้ผู้เอาประกันภัย) ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐ สำเนาบัตรประชาชน หรือใบขับขี่ หรือบัตรข้าราชการ ☐ สำเนาหนังสือเดินทางทุกหน้า (ถ้ามี) ☐ ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลฉบับจริง และรายการค่าใช้จ่าย ☐ ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง หรือฉบับสำเนา (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล) ☐ รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจเป็น COVID-19 (ที่เกี่ยวข้อง) ☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง	เรียกร้องกรณีการเสียชีวิต (จ่ายค่าทดแทนให้ผู้รับประโยชน์) ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐ สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรข้าราชการของผู้เอาประกันภัย ☐ สำเนาหนังสือเดินทางทุกหน้า (ถ้ามี) ของผู้เอาประกันภัย ☐ รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็น COVID-19 (ที่เกี่ยวข้อง) ☐ ใบรับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล และ ใบมรณบัตร ☐ สำเนาบัตรประชาชน/ หนังสือเดินทาง และทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ ☐ สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ของผู้เอาประกันภัย และผู้รับประโยชน์ (ถ้ามี) ☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง
เรียกร้องค่าชดเชยแบบเหมาจ่าย (เจอ จ่าย จบ) หรือภาวะโคม่า (จ่ายค่าทดแทนให้ผู้เอาประกันภัย) ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐ สำเนาบัตรประชาชน หรือใบขับขี่ หรือบัตรข้าราชการ ☐ สำเนาหนังสือเดินทางทุกหน้า (ถ้ามี) ☐ สำเนาใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล และรายการค่าใช้จ่าย ☐ ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง หรือฉบับสำเนา (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล) ☐ รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจเป็น COVID-19 (ที่เกี่ยวข้อง) ☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง หมายเหตุ : บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในแต่ละผลประโยชน์คุ้มครองที่ระบุไว้ทั้งหมดตามความจำเป็น	เรียกร้องค่าชดเชยรายได้ (จ่ายค่าทดแทนให้ผู้เอาประกันภัย) ☐ แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ☐ สำเนาบัตรประชาชน หรือใบขับขี่ หรือบัตรข้าราชการ ☐ สำเนาหนังสือเดินทางทุกหน้า (ถ้ามี) ☐ สำเนาใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล และรายการค่าใช้จ่าย ☐ ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง หรือฉบับสำเนา (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล) ☐ รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และผลตรวจแสดงเป็น COVID-19 (ที่เกี่ยวข้อง) ☐ สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง

