

รายการเอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

✓ ผลประโยชน์กรณีตรวจเจอโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นครั้งแรก

- ☐ 1. แบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim Form)
- ☐ 2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ และผลการวินิจฉัยโรค
- ☐ 3. ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ*
- ☐ 4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ☐ 5. สำเนานำสำมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)

หมายเหตุ *ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยวิธี PCR ยืนยันจากห้องปฏิบัติการตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ประกาศ

บางกรณี บริษัทฯ อาจพิจารณาขอเอกสารเพิ่มเติมตามความจำเป็น เช่น สำเนาประวัติการรักษาพยาบาล สำเนาหนังสือเดินทาง ฯลฯ

✓ ผลประโยชน์การเจ็บป่วยด้วยภาวะโคม่า (Coma) หรือการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย (Terminal Illness) หรือโรคร้ายแรงที่มีสาเหตุมาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

- ☐ 1. แบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim Form)
- ☐ 2. สำเนาประวัติการรักษาพยาบาล
- ☐ 3. ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ*
- ☐ 4. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ☐ 5. สำเนานำสำมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)

หมายเหตุ *ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยวิธี PCR ยืนยันจากห้องปฏิบัติการตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ประกาศ

บางกรณี บริษัทฯ อาจพิจารณาขอเอกสารเพิ่มเติมตามความจำเป็น เช่น กรณีเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จัดส่งสำเนาทะเบียนการตาย, สำเนาใบมรณบัตร, ทะเบียนบ้านประทับตรา “ตาย” ของผู้เอาประกัน, สำเนาบัตรประชาชน+ทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ที่ระบุในกรมธรรม์/ ทายาทตามกฎหมาย ฯลฯ

✓ ผลประโยชน์การแพ้วัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

- ☐ 1. แบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (Claim Form)
- ☐ 2. ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุอาการเจ็บป่วยจากการแพ้วัคซีน COVID-19*
- ☐ 3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ☐ 4. สำเนานำสำมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัย (เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง)

หมายเหตุ *ไม่คุ้มครองภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ไม่ได้รับการรับรองหรือมาจากการนำเข้าหรือการเห็นชอบจากรัฐบาลไทย

บางกรณี บริษัทฯ อาจพิจารณาขอเอกสารเพิ่มเติมตามความจำเป็น เช่น สำเนาประวัติการรักษาพยาบาล ฯลฯ

แบบแจ้งเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีผลประโยชน์ COVID-19

เลขที่ กรมธรรม์ 001D/PP10-21-019658 วันคุ้มครอง 23/04/2021 - 23/04/2022

ส่วนที่ 1: รายละเอียดผู้เอาประกันภัย กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

1. หมายเลขกรมธรรม์วันหมดอายุกรมธรรม์.....
2. ชื่อ-สกุลของผู้เอาประกันภัยอาชีพ..... อายุ.....ปี
3. เลขบัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง.....
4. ที่อยู่ปัจจุบัน.....
5. โทรศัพท์มือถืออีเมล์.....
6. กรณีเดินทางไป-กลับต่างประเทศ ลำสุดท่านเดินทางไปยังประเทศ..... เดินทางจากประเทศ.....
วันที่เดินทาง..... เวลา..... วันที่เดินทางกลับ..... เวลา.....
7. บริษัทประกันภัยอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2: รายละเอียดการเจ็บป่วย

กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1. วันที่เกิดอาการเจ็บป่วยครั้งแรกวันที่ตรวจเจอเชื้อ COVID-19สถานที่/โรงพยาบาล.....
2. ลักษณะอาการเจ็บป่วย.....
3. ท่านเคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ ถ้าเคย โปรดระบุโรงพยาบาล
วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....

กรณีแพ้วัคซีน COVID-19

1. วัคซีนที่ได้รับ.....วันที่ฉีดวัคซีน.....สถานที่/โรงพยาบาล.....
2. อาการหลังได้รับวัคซีน.....
3. ท่านเคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ ถ้าเคย โปรดระบุโรงพยาบาล
วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....

กรณีเสียชีวิต

เสียชีวิตเมื่อวันที่ เวลา สถานที่เสียชีวิต

ข้าพเจ้าขอรับค่าสินไหมทดแทนโดย

- ☐ โอนเงินเข้าบัญชี พร้อมแนบสำเนาหน้าบัญชี
- ☐ เช็ค ระบุชื่อสถานที่จัดส่ง.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดที่ระบุในแบบฟอร์มนี้เป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท ไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้อง วันที่