

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

กรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และอุบัติเหตุแบบกลุ่ม
หรือกรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้ได้รับความคุ้มครอง/ผู้ทำการแทนกรอกข้อมูล (กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ)

1. ชื่อ/สกุลของผู้ได้รับความคุ้มครอง..... เพศ..... อายุ..... ปี
หมายเลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่.....
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ฝ่าย.....
หน่วยงานต้นสังกัด..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน..... อีเมล.....
เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อโรงพยาบาล.....
วันที่เข้ารับการรักษา..... แพทย์ผู้รักษา.....

ส่วนที่ 2 การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย (โปรดระบุกรมธรรม์ฯ)

กรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และอุบัติเหตุแบบกลุ่ม

- กรณีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวนเงินเอาประกันภัย 10,000 บาท/คน
 กรณีการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ.1) จำนวนเงินเอาประกันภัย 10,000 บาท/คน ระบุรายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. สถานที่เกิดเหตุ
2. วันที่เกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ
3. เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด)
4. อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดแผล
5. มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ เมื่อวันที่.....
6. สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา เมื่อวันที่.....
7. แพทย์ผู้รักษา

กรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรณีเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนเป็นเหตุให้เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าวหรืออยู่ในภาวะโคม่าจนเสียชีวิต เป็นจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,000 บาท/คน

ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเสียชีวิต ค่าสินไหมทดแทนจะจ่ายไปยังผู้รับประโยชน์ที่ระบุ ทายาทโดยธรรม หรือผู้ที่ศาลแต่งตั้งเป็นผู้จัดการมรดก

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทวินาศภัย
ที่เข้าร่วมรับประกันภัย องค์กร สถาบันที่เรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมด
แก่สมาคมประกันวินาศภัยไทยมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ ถ้าวามีผลใช้ บังคับได้ และสมบูรณ์ เท่าต้นฉบับ

ลายมือชื่อ.....ผู้ทำการแทน
(.....)

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ์

ลายมือชื่อ.....ผู้ได้รับความคุ้มครอง
(.....)

วันที่...../...../.....

เอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน

1. กรณีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวนเงินเอาประกันภัย 10,000 บาท/คน
 - 1.1 แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่สมาคมประกันวินาศภัยไทยกำหนด
 - 1.2 ใบรับรองแพทย์ และใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา
 - 1.3 สำเนาสมุดคู่ฝากธนาคารออมทรัพย์ของผู้ได้รับความคุ้มครอง (เท่านั้น)
 - 1.4 สำเนาบัตรประชาชน และรับรองสำเนาถูกต้อง

2. กรณีการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ.1) จำนวนเงินเอาประกันภัย 10,000 บาท/คน หรือกรณีเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนเป็นเหตุให้เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าวหรืออยู่ในภาวะโคม่าจนเสียชีวิต เป็นจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,000 บาท/คน

ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเสียชีวิต หรือแพทย์ลงความเห็นว่าทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หรือสูญเสียอวัยวะโดยค่าใช้จ่ายของตนเอง หรือของผู้รับประโยชน์

 1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่สมาคมประกันวินาศภัยไทยกำหนด
 2. ใบมรณบัตร หรือใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ (กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ)
 3. สำเนารายงานชั้นสุดตพลิกศพ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออกรายงาน (กรณีเสียชีวิต)
 4. สำเนาบันทึกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี (กรณีเสียชีวิต)
 5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ “ตาย” ของผู้ได้รับความคุ้มครอง (กรณีเสียชีวิต)
 6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์
 7. เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทเรียกร้องเพิ่มเติมตามความจำเป็น (ถ้ามี)

การไม่ส่งหลักฐานภายในระยะเวลาดังกล่าวไม่ทำให้สิทธิในการเรียกร้องเสียไป หากแสดงให้เห็นได้ว่า มีเหตุอันสมควรที่ไม่สามารถส่งหลักฐานดังกล่าวได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่ได้ส่งโดยเร็วที่สุด เท่าที่จะกระทำได้

**** พร้อมกันนี้ กรุณารับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ ****

กรอกข้อมูลด้านล่างนี้

ข้าพเจ้าประสงค์ขอรับค่าสินไหมทดแทนโดย

โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใด ๆ เกิดขึ้นให้ ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า)

ประเภทบัญชี: ออมทรัพย์ (เท่านั้น)

ชื่อธนาคาร สาขา

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี.....

**** พร้อมกันนี้ กรุณาถ่ายสำเนาสมุดคู่ฝากธนาคาร และรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วยทุกครั้ง ****

กรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเรียกร้องเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนในข้อ 2 สมาคมฯ จะพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนไปยังผู้รับประโยชน์ที่ระบุ ทายาทโดยธรรม หรือผู้ที่ศาลแต่งตั้งเป็นผู้จัดการมรดก

- หมายเหตุ:**
1. สมาคมฯ ในนามผู้บริหารโครงการฯ แทนบริษัทที่รับประกันภัยร่วม จะพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนเฉพาะกรณีผู้ได้รับความคุ้มครอง ผู้รับผลประโยชน์ หรือผู้แทนทำการแทนแนบเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วนแล้วเท่านั้น
 2. การจ่ายค่าสินไหมทดแทนจะเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย