



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

แบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม

กรุณากรอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์ โดยผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้องที่มีส่วนได้เสียกับผู้เอาประกันภัยเท่านั้น พร้อมลงนาม

Please fill out the form completely by the insured / claimant whose only interest in the insured and signed.

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อบริษัท)/Policy name :		เลขที่กรมธรรม์ / Policy No.	
ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย/Insured's name:		อายุ/Age.....ปี/Years เพศ/Sex <input type="checkbox"/> ชาย/Male <input type="checkbox"/> หญิง/Female	ประเภทสมาชิก/Type of Member <input type="checkbox"/> พนักงาน/Employee <input type="checkbox"/> คู่สมรส/Spouse <input type="checkbox"/> บุตร /Child <input type="checkbox"/> บิดา/Father <input type="checkbox"/> มารดา/Mother <input type="checkbox"/> อื่นๆ/Other.....
เลขประจำตัวสมาชิก/ Member No.	แผนก / Department	รหัสพนักงาน / Employee GID	หมายเลขโทรศัพท์/Telephone No
ผลประโยชน์ที่เรียกร้อง/ Benefit for reimbursement <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยใน(IPD) <input type="checkbox"/> ค่าชดเชยรายวัน (CHB) <input type="checkbox"/> ค่าคลอดบุตร(Maternity)/(GMT) เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล.....ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่..... <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> OPD Lab Test <input type="checkbox"/> ทันตกรรม (Dental) วัน/เดือน/ปีที่รักษา..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ /Other.....วัน/เดือน/ปีที่รักษา.....			
กรณีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/For Accident <ul style="list-style-type: none"> วันที่เกิดอุบัติเหตุ/Date of Accidentเวลา/Time.....สถานที่เกิดเหตุ/Place..... สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ / Cause of Accident..... ลักษณะบาดแผลและอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ / Nature of wound and injured organ..... 			
มีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น(Co-insurer) <input type="checkbox"/> มี / Yes(ระบุ) <input type="checkbox"/> ไม่มี / No		การเรียกร้องครั้งนี้/For this claim <input type="checkbox"/> ครั้งแรก/First claim <input type="checkbox"/> ต่อเนื่องหรือเพิ่มเติม(Continue or more document) ครั้งที่.....	 สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว
ถ้อยแถลงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและการขอความยินยอม: ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมรับทราบว่า บริษัทจะประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ เพื่อให้บริการสินไหม และการประกันชีวิต ตามรายละเอียดที่ระบุในนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท ประกาศใน https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html หรือ QR code พร้อมทั้ง รับรองและรับประกันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดที่ข้าพเจ้าเปิดเผยแก่บริษัท เพื่อวัตถุประสงค์ที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ ถูกต้องและสมบูรณ์ รวมทั้ง ได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลให้บริษัทใช้ในการประมวลผล และได้แจ้งนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทให้กับบุคคลดังกล่าวแล้ว ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม <input type="checkbox"/> 1. ยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ รวมถึงข้อมูลอื่นใดที่มีความจำเป็นต่อการพิจารณาจ่ายสินไหม ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย หรือเพื่อเป็นการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพ <input type="checkbox"/> 2. ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ รวมถึงข้อมูลอื่นใดที่มีความจำเป็นต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่ยินยอมหรือเพิกถอนความยินยอมข้อ 1 และ/หรือ 2 จะมีผลต่อการพิจารณาจ่ายสินไหม การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย			
ผู้เอาประกันภัย/ ผู้ให้ความยินยอม :		ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ <input type="checkbox"/> บิดา / มารดา <input type="checkbox"/> ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)	
(.....) วันที่/ Date.....			