

Group Claim Form



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

For the insured/claimant who has interest in the insured only, please completely fill out the form and sign.

Warning: Any fraudulent claim or false evidence or any activity supported to the fraud would be imprisoned for maximum 3 years or fine for 300,000 Baht or both according to Section 114/4 of the Life Insurance Act 2019.

Company name:		Policy no. G.....	
Insured's name:		Age..... years	Type of member
		Sex	<input type="checkbox"/> Employee <input type="checkbox"/> Spouse
		<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Father
		<input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Other.....
Member no.	Department/Cost center:	Employee no.	Telephone no.

Benefit for reimbursement

IPD (GHS, GNHS) CHB Maternity (GMT)

Hospital name Admission date: Discharge date.....

OPD (GHO) OPD Lab Test (GOL) Dental (GDT) Date of visit :


Other..... Date of visit:

For accident

▪ Date of accident Time..... Place.....

▪ Cause of accident.....

▪ Nature of wound and injured organ.....

<p>Co-insurer or other welfare</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>For this claim</p> <p><input type="checkbox"/> First claim</p> <p><input type="checkbox"/> Ongoing or additional / Claim no.</p>	
--	---	---

Personal Data Protection Statement and Consent Request:

I and/or my legal representative acknowledge that the Company will process my and/or the minor's personal data in order to provide claim and life insurance services in accordance with the details set out in the Privacy Policy announced by the Company on <https://www.tokiomarine.com/th/en-life/global/privacy-policy.html> or the QR code below. I hereby certify and guarantee that the personal data of any other person that I disclose to the Company for the purposes stated in this form is correct and complete. In addition, I have obtained the consent from the data subject for the Company to process the data and informed the Company Privacy Policy to such person.

I and/or legal representative

1. Give consent to physicians, medical facilities, other insurance companies or related persons who possess my and/or the minor's past or future personal data e.g. health, disability, sexual behavior, biological, genetic and ethnic information; medical history; or any other information necessary for the consideration of claim payment to disclose such data to the Company or Company insurance agents or Company representatives or insurance brokerage companies or policyholders or other insurance companies for insurance application or payment under the insurance policy or any action related to the insurance policy or for fraud risk management.

2. Give consent to the Company to collect, use, and disclose my and/or the minor's personal data e.g. health, disability, sexual behavior, biological, genetic and ethnic information; medical history; or any other necessary information to legal authorities or reinsurance brokerage companies or reinsurance companies; related persons; Company insurance agents, personnel or representative; or policyholders and/or insurance brokerage companies for insurance application or payment under the insurance policy or for medical use or any action related to the insurance policy.

I understand that if I do not consent or withdraw my consent under item 1 and/or 2, it will affect the underwriting, policy payment, or any services related to the insurance policy, which will result in the Company being unable to comply with the conditions in the insurance policy and I will not be provided the coverage according to the insurance policy. In addition, I acknowledge that my consent will remain effective until I withdraw it or to the extent permitted by law, which if contrary to or inconsistent with the law I agree to proceed in accordance with the law or with the new procedure which will be notified by the Company

<p>Insured/Consenter :</p> <p>(.....)</p> <p>Date.....</p>	<p>Giving consent as</p> <p><input type="checkbox"/> Father/Mother</p> <p><input type="checkbox"/> Legal representative/Insured's legal guardian</p> <p>(In the event that the insured is not of legal age)</p>
--	--



แบบสอบถามอุบัติเหตุ
(Questionnaire of accident)

ชื่อผู้ป่วย / Claimant's Name in full.....เพศ / Sex.....อายุ / Age.....ปี / Years

1. กรุณาระบุรายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ / Please provide details about the accident.

วันที่เกิดอุบัติเหตุ / Date of accident..... เวลา / Time

สถานที่เกิดอุบัติเหตุ / Place of accident.....

สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ (โปรดอธิบายรายละเอียดของเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด) / Cause of accident (Please explain detail of accident)

อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บระบุตำแหน่งและขนาดของบาดแผล / Organ injury location and size of wound appearance.....

2. กรุณาระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล / Please describe detail of treatment.

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก / Name of service care provider for the first treatment.....

วันที่เข้ารับการรักษาพยาบาล / Date of visit..... เวลา / Time

วิธีการรักษาพยาบาล / Method of medical treatment.....

วันที่ไปรับการรักษาครั้งสุดท้าย / Last date of medical treatment.....

การรักษาในครั้งนี้ได้ใช้สิทธิ์สวัสดิการอื่นด้วยหรือไม่ / Have you applied this treatment to another welfare?

ไม่ใช่ / ไม่มี (Not apply / None)

ใช่ กรุณาระบุสวัสดิการอื่นเพิ่มเติม (If yes, please specify detail of the welfare)

ชื่อบริษัท Company's Name	เลขที่กรมธรรม์ Policy No.	ทุนประกันอุบัติเหตุ Accidental sum assured	กรมธรรม์ยังมีผลบังคับอยู่หรือไม่ Is policy still effective?

3. เฉพาะกรณีถูกทำร้ายร่างกาย กรุณาตอบคำถามเพิ่ม ข้อ 3 – 5 / If a criminal assault, please provide details on 3-5.

ผู้ที่มาทำร้ายร่างกายมีกี่คน เป็นใคร (ถ้ามีข้อมูล กรุณาระบุ "ชื่อ - นามสกุล") / How many people who attacked you?.....

(If any, please specify their Name-Surname).....

4. ผู้ทำร้ายมีความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัยอย่างไร เคยรู้จักกันมาก่อนหรือไม่ / Have the assailant had any relationship with the insured, and have the insured ever known the assailant before?.....

5. ท่านมีการแจ้งความหรือไม่ / Did you inform the police?

ไม่ได้แจ้งความ

Did not inform the police.

แจ้งความ กรุณาแนบสำเนาเอกสารของตำรวจเพื่อประกอบการพิจารณา

If any, please attach a copy of the police report for consideration.

ขอให้ท่านให้รายละเอียดดังกล่าวข้างต้นโดยครบถ้วนชัดเจนเป็นข้อ ทั้งนี้เพื่อการพิจารณาจะได้เป็นไปอย่างถูกต้องและเป็นธรรม
Please provide details of the above statement completely and clearly in order to be considered correctly and fairly.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากบริษัทพบว่าข้อเท็จจริงซึ่งมิได้เป็นไปตามที่แถลง ข้าพเจ้ายินดีจะรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นทั้งหมด / I hereby certify that the foregoing statement is true and correct. If the company finds that the facts are not in accordance with the statement, I am willing to be responsible for all damages and medical expenses.

สถานที่ / Sign at.....

วัน เดือน ปี / DDMMYY.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

พยาน / Witness's Signature

ผู้เอาประกันภัย ผู้เรียกร้อง / Insured's Signature