

ที่ นค ๐๐๑๙.๑/๗๕๙๕



สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดหนองคาย
ถนนมิตรภาพ นค ๕๓๐๐๐

๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง การขอรับเงินชดเชยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19)

เรียน พัฒนาการอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มเรียกองค์ค่าทดแทนกรรมธรรม์ประกันภัยฯ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมการพัฒนาชุมชน ได้จัดทำประกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) แบบกลุ่ม กับ บริษัท เมืองไทยประกันภัย (มหาชน) จำกัด ให้บุคลากรกรมการพัฒนาชุมชน เพื่อเป็นสวัสดิการในการดูแลบุคลากรในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19)

เพื่อให้การขอรับเงินชดเชยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) เป็นไปด้วยความรวดเร็ว สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดจึงขอให้สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอ ใช้แบบฟอร์มเรียกองค์ค่าสินไหมทดแทนของ บริษัท เมืองไทยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ที่แนบมาพร้อมนี้ โดยสามารถสแกน QR Code เพื่อดาวน์โหลดแบบฟอร์มฯ พร้อมแนบเอกสารประกอบการขอรับเงินชดเชย ได้แก่ สำเนาใบรับรองแพทย์ สำเนาผล Lab (ที่มีผลตรวจแบบ RT PCR) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร สำเนาทุกฉบับรับรองสำเนาถูกต้อง โดยให้จัดส่งเอกสารไปยังสำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัด เพื่อประสานการเบิกจ่ายต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

นายไพโรจน์ โสภาพร
พัฒนาการจังหวัดหนองคาย



แบบฟอร์มฯ

กลุ่มงานประสานและสนับสนุนการบริหารงานพัฒนาชุมชน
โทร./โทรสาร ๐ ๕๒๕๑ ๑๑๘๒

หนองคาย “เกษตรอุตสาหกรรมวัฒนธรรมรุ่งเรือง เมืองท่องเที่ยวลุ่มน้ำโขง”

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทนกรณีการติดเชื้อ COVID-19 และวัคซีน (REV.9.1.08/2021) สอบถามข้อมูลที่ศูนย์บริการลูกค้า 1484 บมจ. เมืองไทยประกันภัย (ฝ่ายสินไหมประกันภัยอุบัติเหตุและสุขภาพ) เลขที่ 252 ถ.รัชดาภิเษก ห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

ชื่อผู้เอาประกันภัย..... โทร..... เลขที่กรมธรรม์..... HG000519กรมการพัฒนาชุมชน

ที่อยู่ปัจจุบัน..... อีเมล.....

ชื่อผู้ติดต่อ (ทำการแทนผู้เอาประกันภัย ถ้ามี) คุณพิชตะวัน ใจดี โทร. 092-329-2395 ความสัมพันธ์.....

เริ่มอาการเจ็บป่วยเมื่อวันที่..... มีอาการ.....

เก็บตัวอย่างตรวจหาเชื้อฯ วันที่..... เวลา..... รายงานผลการตรวจพบติดเชื้อฯ วันที่..... เวลา.....

รับทราบผลการตรวจพบติดเชื้อฯ วันที่..... เวลา..... รักษาวันที่..... ที่.....

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

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

แพทย์วินิจฉัยว่าได้รับผลกระทบจากวัคซีนฯเมื่อวันที่..... มีอาการ.....

- เรียกร้องค่าทดแทนตามความคุ้มครอง** โรค COVID-19 ได้รับผลกระทบจากวัคซีนป้องกันโรค COVID-19
- ภาวะโคม่า หรือเสียชีวิต (แพทย์วินิจฉัยภาวะโคม่าเมื่อวันที่..... รักษาที่..... หรือเสียชีวิต เมื่อวันที่.....)
- แพทย์วินิจฉัยเจ็บป่วย : แบบเหมาจ่าย : เจด จ่าย จบ
- แพทย์วินิจฉัยเจ็บป่วย : แบบค่ารักษาพยาบาลตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินจำนวนเงินเอาประกันภัย ผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD)
- ค่าชดเชยรายได้ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ค่าชดเชยรายได้ฯ)
- อื่นๆ

การให้ความยินยอมเกี่ยวกับรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล/สถานพยาบาลเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งหมด ทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมกับการเรียกร้องค่าทดแทนครั้งนี้ให้แก่ บมจ. เมืองไทยประกันภัย หรือผู้แทน หรือบุคคลภายนอกที่เป็นคู่สัญญากับ บมจ. เมืองไทยประกันภัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสินไหมทดแทน เพื่อให้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเรื่องเรียกร้องค่าทดแทนของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้ บมจ. เมืองไทยประกันภัย คู่สัญญา รวมถึงคู่พันธมิตรทางธุรกิจของบริษัทฯ ที่มีอำนาจหน้าที่ตามสัญญาประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เกี่ยวข้องในปกครองตามกฎหมายของข้าพเจ้าซึ่งข้อมูลทั้งหมดดังกล่าว และหลังการให้ความยินยอมนี้ได้ในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งนี้ เพื่อกำหนดดำเนินการอันเกี่ยวกับการพิจารณาและ/หรือการบริการด้านสินไหมทดแทน การใช้สิทธิ และ/หรือการดำเนินการใดๆ เพื่อความสมบูรณ์ตามปกติวิสัยของภาคธุรกิจ คุ้มครองสิทธิและคุ้มครองความลับของข้อมูลการดำเนินงาน

อนึ่ง ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้สำเนา และ/หรือเก็บรักษา ใช้ เปิดเผยเอกสารฉบับนี้ ทั้งในรูปแบบเอกสาร และ/หรืออิเล็กทรอนิกส์ อันมีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับฉบับข้าพเจ้าได้อ่าน และเข้าใจการปฏิบัติตามหนังสือฉบับนี้เป็นอย่างถี่ถ้วน ใฝ่ใจลงลายมือชื่อตกลง และยินยอมไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย หรือผู้แทนของผู้เอาประกันภัย หรือผู้รับประโยชน์

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

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา โปรดส่งเอกสารให้ครบถ้วน (เอกสารสำเนา โปรดรับรองเอกสารทุกฉบับ)

<p>เรียกร้องค่ารักษาพยาบาล (จ่ายค่าทดแทนให้ผู้เอาประกันภัย)</p> <p><input type="checkbox"/> แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการ หรือใบขับขี่</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทางทุกหน้า (ถ้ามี)</p> <p><input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลฉบับจริง และรายการค่าใช้จ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ฉบับจริงหรือมรยละเอียดการรักษา (กรณีสำเนา รับรองสำเนาโดยสถานพยาบาล)</p> <p><input type="checkbox"/> รายงานแพทย์ ประวัติการรักษา ผลตรวจเป็น COVID-19 (เฉพาะเคสโรคโควิด)</p> <p><input type="checkbox"/> รายงานแพทย์ ประวัติการรักษา ใบนัด/ใบรับรองนัดวัคซีนฯ (เฉพาะเคสแพ้วัคซีน)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัยเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง</p>	<p>เรียกร้องค่าชดเชยแบบเหมาจ่าย (เจด จ่าย จบ) (จ่ายค่าทดแทนให้ผู้เอาประกันภัย)</p> <p><input type="checkbox"/> แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการหรือใบขับขี่</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทางทุกหน้า (ถ้ามี)</p> <p><input type="checkbox"/> ผลตรวจเป็น COVID-19 ตามประกาศ สปบ. (เฉพาะ โรคโควิด)</p> <p><input type="checkbox"/> รายงานแพทย์ ประวัติการรักษา ใบนัด/ใบรับรองนัดวัคซีนฯ (เฉพาะแพ้วัคซีน)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัยเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง</p> <p>หมายเหตุ: บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในแต่ละผลประโยชน์คุ้มครองที่ระบุไว้ทั้งหมดตามความจำเป็น</p>
<p>เรียกร้องกรณีการเสียชีวิต (จ่ายค่าทดแทนให้ผู้รับประโยชน์)</p> <p><input type="checkbox"/> แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน บัตรข้าราชการ ใบมรณบัตร ทะเบียนบ้านประจำ (ตาย) ของผู้เอาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทางทุกหน้า (ถ้ามี) ของผู้เอาประกันภัย</p> <p><input type="checkbox"/> รายงานแพทย์ ประวัติการรักษา ผลตรวจเป็น COVID-19 (เฉพาะเคสโรคโควิด)</p> <p><input type="checkbox"/> รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด ใบนัด/ใบรับรองนัดวัคซีนฯ (เฉพาะเคสแพ้วัคซีน)</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองการเสียชีวิตของสถานพยาบาล/หน่วยงานรัฐ รายงานชันสูตรพลิกศพ (ถ้ามี)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน ทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ เอกสารแสดงความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย หากผู้รับประโยชน์ระบุเป็นทายาทตามกฎหมาย เช่น สามี/ภรรยา ทะเบียนสมรส ใบมรณบัตรของทายาท</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ของผู้เอาประกันภัย และผู้รับประโยชน์ (ถ้ามี)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัยเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง</p>	<p>เรียกร้องค่าชดเชยรายได้ หรือภาวะโคม่า (จ่ายค่าทดแทนให้ผู้เอาประกันภัย)</p> <p><input type="checkbox"/> แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาบัตรประชาชน หรือบัตรข้าราชการหรือใบขับขี่</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาหนังสือเดินทางทุกหน้า (ถ้ามี)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล และรายการค่าใช้จ่าย</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง หรือฉบับสำเนา (รับรองสำเนาโดยโรงพยาบาล)</p> <p><input type="checkbox"/> รายงานแพทย์ ประวัติการรักษา ผลตรวจเป็น COVID-19 (เฉพาะเคสโรคโควิด)</p> <p><input type="checkbox"/> รายงานแพทย์ ประวัติการรักษา ใบนัด/ใบรับรองนัดวัคซีนฯ (เฉพาะเคสแพ้วัคซีน)</p> <p><input type="checkbox"/> รายงานแพทย์เกี่ยวกับภาวะโคม่า (เฉพาะเคส "ภาวะโคม่า")</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีธนาคารของผู้เอาประกันภัยเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง</p>