



มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
เลขที่รับ..... 1646
วันที่..... 18 พ.ค. 2565
เวลา..... 10:44 น.



เรื่อง การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนค่ารักษาพยาบาล/ค่าชดเชยรายวันจากโรคติดเชื้อ COVID-19

เรียน ท่านอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม

เนื่องด้วยปัจจุบันมีปริมาณการเรียกร้องค่าชดเชยรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วย/ค่าชดเชยรายวันจากกรณีติดเชื้อ COVID-19 เข้ามายัง บมจ.เมืองไทยประกันชีวิตเป็นจำนวนมาก และเอกสารที่ส่งมายังบริษัทมีข้อมูลไม่เพียงพอต่อการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทน ซึ่งบริษัทฯ มีความจำเป็นต้องขอข้อมูลเพิ่มเติมจากสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม จึงส่งผลให้สมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่มไม่ได้รับความสะดวกนั้น

บริษัทฯ ขอเรียนให้ท่านทราบว่า เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนและเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่สมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่มที่มีความประสงค์เรียกร้องสินไหมทดแทนค่ารักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วย/ค่าชดเชยรายวันจากกรณีติดเชื้อ COVID-19 บริษัทฯ จึงขอให้สมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่มที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลและมีความประสงค์เรียกร้องค่าชดเชยดังกล่าว**แนบเพิ่มแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่มที่กรอกข้อมูลครบถ้วนทั้งส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2** มาพร้อมเอกสารประกอบการพิจารณาที่กำหนด ดังต่อไปนี้

การเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วย จากการติดเชื้อ COVID-19

1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม
ส่วนที่ 1 กรอกโดยสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่มที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
ส่วนที่ 2 กรอกและลงนามโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาพร้อมประทับตราสถานพยาบาล
(แบบสอบถามขอทราบรายละเอียดประวัติสุขภาพกรณีผู้ติดเชื้อ COVID-19)
2. ต้นฉบับหรือสำเนาผลแล็บ (Lab) ยืนยันตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แบบ RT-PCR จากสถานพยาบาล
3. ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายจากสถานพยาบาล

การเรียกร้องเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลรายวัน (HB Incentive) กรณีติดเชื้อ COVID-19 - เฉพาะกรรมธรรม์ที่มีชื่อเพิ่มความคุ้มครอง

1. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม
ส่วนที่ 1 กรอกโดยสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่มที่เข้ารับการรักษาพยาบาล
ส่วนที่ 2 กรอกและลงนามโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาพร้อมประทับตราสถานพยาบาล
(แบบสอบถามขอทราบรายละเอียดประวัติสุขภาพกรณีผู้ติดเชื้อ COVID-19)



2. ต้นฉบับหรือสำเนาผลแล็บ (Lab) ยืนยันตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แบบ RT-PCR จากสถานพยาบาล
3. ต้นฉบับหรือสำเนาใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายจากสถานพยาบาล ที่ระบุการใช้สิทธิการรักษาประกันสังคม หรือ สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) หรือสิทธิอื่นๆ ตามที่กำหนดในกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม
4. สำเนาบัตรประกันสังคม หรือ สำเนาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) – กรณีคู่สมรสและบุตร หรือ สำเนาบัตรแสดงสิทธิอื่นๆ ตามที่กำหนดในกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม
5. ต้นฉบับใบเสร็จจากรักษาพยาบาลส่วนเกินค่าห้องและค่าอาหาร (กรณีมีส่วนเกินค่าห้องและค่าอาหาร)

ทั้งนี้ การจ่ายผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลข้างต้น บริษัทฯ จะจ่ายให้ตามสิทธิเงื่อนไขและข้อกำหนดต่างๆ ตามที่ระบุในกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

เจ้าหน้าที่ทีมบริการลูกค้าประกันกลุ่ม 1



MTL Click
คลิกเพื่อดูข้อมูลประกันชีวิต
คลิกเพื่อดู

Scan QR Code เพื่อดูแผน MTL Click

- ✓ ยินเคลมออนไลน์ได้ทันที
- ✓ ติดตามผลการเคลม
- ✓ ดูแลประโยชน์ความคุ้มครอง

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม

ส่วนที่ 1 สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันกลุ่ม

- แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกข้อความสมบูรณ์ โดยสมาชิกผู้เอาประกันกรอก ส่วนที่ 1 และแพทย์ผู้ตรวจรักษากรอก ส่วนที่ 2 พร้อมประทับตราสถานพยาบาล
- มีความประสงค์เรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม จาก บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามข้อมูลที่แจ้งเพื่อพิจารณา ดังนี้

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อหน่วยงาน / บริษัท):		วันที่:	
กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่:	เลขบัตรประกันสุขภาพ: G-A [] [] - [] [] [] [] - E [] [] [] [] [] [] - [] []		
ชื่อ-สกุล ผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วย:	อายุ:	ปี	เพศ: <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
ที่อยู่ปัจจุบัน:			
หมายเลขโทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ:		อีเมล:	
ประเภทการรักษา: <input type="checkbox"/> แบบผู้ป่วยใน (IPD): เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวันที่.....ถึงวันที่..... <input type="checkbox"/> แบบผู้ป่วยนอก (OPD) <input type="checkbox"/> ทันตกรรม (Dental) วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา.....			
สาเหตุ: <input type="checkbox"/> เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. <input type="checkbox"/> มี แรงจูงใจที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น.....			
มีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น: <input type="checkbox"/> มี โปรดแจ้งรายละเอียด..... <input type="checkbox"/> ไม่มี			

ถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสอบสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วยเปิดเผยประวัติการตรวจรักษา หรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจสุขภาพ ให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัทฯ เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น จากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสอบสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตัวเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีส่วนบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ศาสนา เชื้อชาติ ประวัติการรักษา และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้าและ/หรือ ผู้ที่อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้า (แล้วแต่กรณี) ทั้งที่ให้อำนาจแล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต (รวมเรียกว่า "ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") รวมถึงยินยอมให้ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ ผู้บริหาร พนักงานและตัวแทนประกันชีวิตของ บริษัทฯ นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น สถานพยาบาล ผู้ถือกรมธรรม์ประกันกลุ่ม สมาคมประกันชีวิต หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรับ/จ่ายเงินประโยชน์ตามกรมธรรม์ หน่วยงานราชการ หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีหน้าที่บังคับใช้ กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานกำกับดูแลพันธมิตรธุรกิจของบริษัทฯ มูลนิธิ และผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัทฯ เพื่อให้บริษัทฯ บุคคลและหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การรักษาพยาบาล เป็นฐานข้อมูลกลางของบริษัทฯประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้อง กับกรมธรรม์ประกันภัย การขอเอาประกันภัยในอนาคต และเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ ผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ารับทราบว่าการไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การตัดคำ การขอให้ลบหรือทำลาย ข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหาร จัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อการใช้บริการ การจ่ายเงินตามผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทที่ www.muangthai.co.th/th/privacy-policy แล้ว ทั้งนี้การที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน นี้ ถือว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ระบุไว้ข้างต้น โดยชัดแจ้ง แล้วพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ข้าพเจ้ารับทราบข้อความข้างต้น และนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ โดยชัดแจ้งแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อมอบอำนาจและให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ..... () ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล/ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม	ลงชื่อ..... () พยาน	ลงชื่อ..... () พยาน
*ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์..... ()		 สแกนเพื่ออ่านรายละเอียดนโยบายความเป็นส่วนตัว
<p>หมายเหตุ 1.กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน *2.กรณีผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ *3.กรณีผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครองลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์</p>		



ส่วนที่ 2 (สำหรับ กรณีเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลจากการติดเชื้อ Covid-19)

แบบสอบถามขอทราบรายละเอียดประวัติสุขภาพกรณีผู้ติดเชื้อ COVID-19

คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย : เพศ : ชาย หญิง อายุ : ปี เลขที่บัตรประชาชน.....
 ผู้ป่วยได้รับการดูแลภายใต้การจัดการของสถานพยาบาล (ระบุ) HN..... AN.....
 แบบผู้ป่วยใน ที่ โรงพยาบาล Hospital โรงพยาบาลสนาม
 หรือแบบ Home Isolation Community Isolation Hotel Isolation อื่น ๆ
 วันที่เริ่มป่วยหรือมีอาการแสดง วันที่ มีอาการ
 วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก: ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ รวม วัน (ถ้ามี ICU โปรดระบุช่วงวันที่รับการรักษา.....)

ผู้ป่วยได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ด้วยวิธี
 ไม่ได้ตรวจยืนยัน
 RT-PCR Rapid PCR ตรวจเมื่อวันที่ ผลตรวจออกเมื่อวันที่ ผลตรวจเป็น Detected Not detected
 สถานพยาบาลที่ตรวจ
 ATK ตรวจเมื่อวันที่ ผลตรวจเป็น Detected Not detected สถานพยาบาลที่ตรวจ

- ผู้ป่วยมีโรคหรือปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี, เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี, โรคปอดเรื้อรัง, โรคทางเดินหายใจเรื้อรังในเด็ก, กลุ่มโรคพันธุกรรมในเด็ก, เด็กที่มีภาวะบกพร่องทางระบบประสาทอย่างรุนแรง, โรคไตเรื้อรัง, โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมโรคหัวใจแต่กำเนิด, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้, ภาวะอ้วน, ตับแข็ง, ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ, โรคมะเร็ง, หลุ่ดตั้งครรภ์ หรือมีโรคร่วมสำคัญหรือภาวะอื่น ๆ เป็นปัจจัยให้มีความโน้มที่จะมีความรุนแรงของโรคมกขึ้น มีหรือไม่ ไม่มี มี (ถ้ามีโปรดระบุ)
- น้ำหนัก กก. ส่วนสูง ซม. ดัชนีมวลกาย (BMI)
- มีอาการ และอาการแสดงที่ผิดปกติ (Sign and Symptom) จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลหรือไม่ ไม่มี โปรดระบุเหตุผลของการเข้าพักรักษาตัวในครั้งนี้ เพื่อแยกกักตัว(Isolation) อื่นๆ
 มี (ถ้ามีโปรดระบุ / เลือกได้มากกว่า 1 รายการ) ตามด้านล่าง

อาการ	ถ้ามี โปรดระบุช่วงระยะเวลาที่มีอาการหลังตรวจพบเชื้อโควิด หรือช่วงเวลาที่ได้รับรักษา (ว/ค/ป - ว/ค/ป)
<input type="checkbox"/> ไข้ อ่อนเพลีย องศาเซลเซียส	
<input type="checkbox"/> ท้องเสีย (จำนวน.....ครั้ง/วัน)	
<input type="checkbox"/> คลื่นไส้/อาเจียน (จำนวน.....ครั้ง/วัน)	
<input type="checkbox"/> อาการปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือภาพเอกซเรย์ปอดพบมีปอดอักเสบ	
<input type="checkbox"/> หายใจหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หรือหายใจเร็วกว่าอัตราการหายใจปกติ RR bpm	
<input type="checkbox"/> ค่า O2 sat%	
<input type="checkbox"/> ซึมลง คีมนมหรือทานอาหารได้น้อยลง (สำหรับในเด็ก)	
<input type="checkbox"/> มีการใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจ โปรดระบุ <input type="checkbox"/> O2 canular <input type="checkbox"/> O2 mask with bag <input type="checkbox"/> ใส่ท่อช่วยหายใจ	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ	

4. การรักษาที่ได้รับ
 การให้ยารักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 ไม่ให้ ให้ วันที่รับยาโดสแรก
 Favipiravir
 Remdesivir เหตุผลของการให้ยานี้.....
 ยาอื่น ๆ เหตุผลของการให้ยานี้.....
 อื่น ๆ

5. ตามแนวทางเวชปฏิบัติฯ กำหนดระยะเวลากักตัวที่ไม่เกิน 10 วัน สำหรับผู้ป่วยทั่วไป กรณีที่จำนวนวันที่กักตัวมากกว่าหรือไม่เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัยดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขอความกรุณาแจ้งความจำเป็นทางการแพทย์ตามมาตรฐานทางการแพทย์ที่ต้องพักรักษาแบบผู้ป่วยใน

ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อวันที่ เดือน..... พ.ศ. ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง
 ลงชื่อ แพทย์ผู้ตรวจรักษา: ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่: สถานที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
 (.....) โทร: (โปรดประทับตราสถานพยาบาล)