



MTL Click
ดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน MTL Click
สแกน QR Code
เพื่อดาวน์โหลด MTL Click



✓ ยื่นเคลมออนไลน์ได้ทันที
✓ ติดตามผลการเคลม
✓ ดูแลประโยชน์ความคุ้มครอง

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม

ส่วนที่ 1 สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

- แบบฟอร์มนี้จะต้องกรอกข้อความสมบูรณ์ โดยสมาชิกผู้เอาประกันภัยกรอก ส่วนที่ 1 และแพทย์ผู้ตรวจรักษากรอก ส่วนที่ 2 พร้อมประทับตราสถานพยาบาล
- กรณีที่ไม่ได้ทำแบบฟอร์มของบริษัทฯ ให้แพทย์ผู้ตรวจรักษากรอกส่วนที่ 2 จะต้องมีใบรับรองแพทย์ที่ระบุวันเข้า และออกจากโรงพยาบาล, การวินิจฉัยโรค, สาเหตุของการรักษาพยาบาล, ประเภทของการรักษา และ/หรือการผ่าตัด แนบมาพร้อมกับแบบฟอร์มการเรียกร้องนี้

มีความประสงค์เรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม จาก บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามข้อมูลที่แจ้งเพื่อพิจารณา ดังนี้

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อหน่วยงาน / บริษัท):		วันที่:	
กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่:	เลขบัตรประกันสุขภาพ: G-A <input type="text"/> - <input type="text"/> - E <input type="text"/> - <input type="text"/>		
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 แจ้งความที่ <input type="checkbox"/> ไม่มี เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น.....			
มีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทอื่น: <input type="checkbox"/> มี โปรดแจ้งรายละเอียด..... <input type="checkbox"/> ไม่มี			

ถ้อยแถลงมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา


โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วยเปิดเผยประวัติการตรวจรักษา หรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจสุขภาพ ให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัทฯ เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น จากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า/ผู้บาดเจ็บ/ผู้เจ็บป่วย เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตัวเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ศาสนา เชื้อชาติ ประวัติการรักษา และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้าและ/หรือ ผู้ที่อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้า (แล้วแต่กรณี) ทั้งที่มิใช่ข้าพเจ้าในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต (รวมเรียกว่า "ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ ผู้บริหาร พนักงานและตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น สถานพยาบาล ผู้ถือกรมธรรม์ประกันกลุ่ม สมาคมประกันชีวิต หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรับ/จ่ายเงินประโยชน์ตามกรมธรรม์ หน่วยงานราชการ หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีหน้าที่บังคับใช้ กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานกำกับดูแลพันธมิตรธุรกิจของบริษัทฯ มูลนิธิ และผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัทฯ เพื่อให้บริษัทฯ บุคคลและหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การรักษาพยาบาล เป็นฐานข้อมูลกลางของบริษัทประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย การขอเอาประกันภัยในอนาคต และเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ ผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ารับทราบว่าการไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหาร จัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อกรให้บริการ การจ่ายเงินตามผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทที่ www.muangthai.co.th/th/privacy-policy แล้ว ทั้งนี้การที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน □ นี้ ถือว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้น โดยชัดแจ้ง แล้วพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ข้าพเจ้ารับทราบข้อความข้างต้น และนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท โดยชัดแจ้งแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อมอบอำนาจและให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น

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

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา
Attending Physician's Report

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ
Attending physician issuing this report has to be a certified and licensed physician. In case of any fee occurring, the insured shall be responsible.

Patient's Name.....Age:years Sex: <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female	
ID No.H.N.#A.N.#X.N.#.....	
Date admitted.....TimeDate discharged.....Time.....	
1. CHIEF COMPLAINT:	
2. FOR ILLNESS A. How long had the patient experienced the symptoms?.....days/weeks/years. B. How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation?.....days/weeks/years. C. Did you advise the patient to be admitted to the hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Indication for admission.....	
3. FOR ACCIDENT A. Date & time of accident: Date:..... Time: B. Cause of accident: C. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
4. Date you first saw the patient for this illness / injury:	
5. (a) Present illness / Details of injury: (b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs).....	
6. (a) Pertinent lab / investigations: (b) HIV Test <input type="checkbox"/> Yes, result..... <input type="checkbox"/> No	
7. Diagnosis 1 ICD 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Diagnosis 2.....ICD 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Diagnosis 3 ICD 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Diagnosis 4.....ICD 10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Including principle underlying condition and complication)	
8. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.): (b) Operation : ICD 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Pathology report : Surgeon's Name..... SpecialtyDate performed : (c) Diagnosis and treatment by other physicians in the same occasion <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, please give detail	
9. (a) Result of Treatment: <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor (b) Possibility of recurrence? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
10. (a) Date of the last treatment / Follow up: (b) The patient's symptoms at the time of your last consultations / examination?	
11. Was the patient referred to you by other physician(s) ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Physician :Clinic / Hospital :	

12. Was the this illness / injury contributed to or influenced by and of the following (eg. Pre existing weakness of extended period of disability)?

- a) Physical defects / congenital anomaly No Yes
- b) Unfavorable past medical history No Yes
- c) Degenerative change(s) No Yes
- d) A family history that increase the probability or severity of this disease No Yes
- e) Physician's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increased risk? No Yes
- f) Alcohol or drugs No Yes

If the answer is "yes" ,please specify

.....
.....

13. Other past medical history :

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Physician / Hospital

14. For Female : Was the patient pregnant at the time of treatment ? No Yesweeks (LMP:)
: Was the treatment related to infertility? No Yes

15. Other comments about the illness / injury

.....
.....

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.

Name of physician..... Specialty..... License No.

Hospital.....address.....Tel. No.

Hospital Stamp

ประทับตรา (สถานพยาบาล)

Signature

Date

ข้อควรทราบ Disclaimer

ผู้ใดในการประกอบกรงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง

Whoever, in the pursuance of work in medicine, makes false certified document by manner likely to cause damage to other persons or public people, shall be considered to have committed a criminal offense according to the Criminal Code, and shall be imprisoned for not more than 2 years or fined for not more than 4,000 Baht, or both, according to the Criminal Code, and shall be liable for civil indemnity as well.