เมืองไทยประกันชีวิต
MUANG THAI LIFE ASSURANCE
บมจ. เมืองไทยประกันชีวิต
250 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
Muang Thai Life Assurance PCL.
250 Ratchadaphisek Rd. Huay Kwang, Bangkok 10310
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 0107556000016
+66 (0) 2274 9400, +66 (0) 2276 1625 ถึง +66 (0) 2276 1997 3
muangthai.co.th

MTL Click
รวมทุกบริการที่เป็นเรื่องง่าย สำหรับคุณ
✔ ยื่นเคลมออนไลน์ได้ทันที
✔ ติดตามผลการเคลม
✔ ดูผลประโยชน์ความคุ้มครอง
Scan QR Code เพื่อดาวน์โหลด MTL Click

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม

ส่วนที่ 1 สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัยกลุ่ม

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

มีความประสงค์เรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาลประกันกลุ่ม จาก บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามข้อมูลที่แจ้งเพื่อพิจารณา ดังนี้

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อหน่วยงาน / บริษัท):	วันที่:
กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่:	เลขบัตรประกันสุขภาพ: G-A ☐☐-☐☐☐☐-E ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐
ชื่อ-สกุล ผู้บาดเจ็บ/เจ็บป่วย:	อายุ: ปี เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง
ที่อยู่ปัจจุบัน:	
หมายเลขโทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ:	อีเมล:

ประเภทการรักษา: ☐ แบบผู้ป่วยใน (IPD): เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวันที่.....ถึงวันที่.....
☐ แบบผู้ป่วยนอก (OPD) ☐ ทันตกรรม (Dental) วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา.....
☐ อื่นๆ ระบุ..... วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา.....

สาเหตุ : ☐ เจ็บป่วย ☐ อุบัติเหตุ วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....น. ☐ มี แจ้งความที่ ..... ☐ ไม่มี
เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น.....

มีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากบริษัทฯอื่น: ☐ มี โปรดแจ้งรายละเอียด..... ☐ 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 สำเนารูปถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ศาสนา เชื้อชาติ ประวัติการรักษา และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้าและ/หรือ ผู้ที่อยู่ในอำนาจปกครองของข้าพเจ้า (แล้วแต่กรณี) ทั้งที่ให้ไว้ข้างต้น ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต (รวมเรียกว่า "ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว") รวมถึงยินยอมให้ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็น ให้แก่ ผู้บริหาร พนักงานและตัวแทนประกันชีวิตของ บริษัทฯ นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น สถานพยาบาล ผู้ถือกรมธรรม์ประกันกลุ่ม สมาคมประกันชีวิต หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรับ/จ่ายเงินประโยชน์ตามกรมธรรม์ หน่วยงานราชการ หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีหน้าที่บังคับใช้ กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานกำกับดูแล พันธมิตรธุรกิจของบริษัทฯ มูลนิธิ และผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัทฯ เพื่อให้บริษัทฯ บุคคลและหน่วยงานต่างๆ ข้างต้น เก็บรวมรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การรักษาพยาบาล เป็นฐานข้อมูลกลางของบริษัทประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย การขอเอาประกันภัยในอนาคต และเพื่อการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ ผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหาร จัดการหรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อการให้บริการ การจ่ายเงินตามผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ และข้าพเจ้าได้ทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯที่ www.muangthai.co.th/th/privacy-policy แล้ว ทั้งนี้การที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาโดยทำเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ นี้ ถือว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้น โดยชัดแจ้ง แล้วพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ข้าพเจ้ารับทราบข้อความข้างต้น และนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทฯ โดยชัดแจ้งแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อมอบอำนาจและให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ..... ( ) ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล/ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม	ลงชื่อ..... ( ) พยาน	ลงชื่อ..... ( ) พยาน

*ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์.....
( )

หมายเหตุ 1.กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบถ้วนทั้ง 2 ท่าน
*2.กรณีผู้เยาว์ (อายุไม่เกิน 10 ปี) ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
*3.กรณีผู้เยาว์ (อายุมากกว่า 10 ปีแต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ผู้ปกครองลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์

สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
นโยบายความเป็นส่วนตัว