



เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยโควิด

แผนประกันภัยโควิด เจอ จ่าย จบ

เอกสารประกอบการพิจารณา จ่ายสินไหมทดแทน มีดังนี้

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่ลงลายมือชื่อโดยผู้เอาประกัน / ผู้แทน
2. ผลตรวจเป็น Covid โดยใช้วิธี RT-PCR (ต้นฉบับ)
3. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (ถ้ามี)
4. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนาถูกต้อง
5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร เพื่อรับค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง (ชื่อเดียวกับผู้เอาประกันภัย)
6. กรณี Home Isolation โปรดแนบเอกสาร/หลักฐานการลงทะเบียน พร้อมกับรหัสหน่วยบริการ (ถ้ามี)

➤ กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต บริษัทฯ จะจ่ายสินไหมให้แก่ผู้รับผลประโยชน์

- สำเนารับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล
- สำเนาใบมรณะบัตร
- สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้รับผลประโยชน์
- สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ของผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์ (ถ้ามี)
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร เพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง

บริษัทฯ จะจ่ายสินไหมทดแทนภายใน 15 วัน นับจากวันที่บริษัทฯ ได้รับเอกสารครบถ้วนและถูกต้อง ในกรณีที่มิเหตุอันควรสงสัยว่าไม่เป็นไปตามข้อตกลงความคุ้มครอง ระยะเวลาอาจขยายออกไปได้อีกตามความจำเป็น จนกว่าบริษัทฯ จะได้รับเอกสารหลักฐานครบถ้วนชัดเจน แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วันนับจากวันที่ได้รับหลักฐานครบถ้วนถูกต้องแล้ว

การจัดส่งเอกสาร

- ส่งเอกสารทั้งหมด มายัง E-Mail: smk-claimcovid@smk.co.th
- ผลตรวจเป็น Covid โดยใช้วิธี RT-PCR (ตามข้อ 2) ต้นฉบับ ส่งมายังบริษัทฯ ตามที่อยู่ด้านล่าง

บริษัท สิ้นมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน)
(เคลมประกัน โควิด)
เลขที่ 313 ถนนศรีนครินทร์
แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ
กรุงเทพฯ 10240

ขอแสดงความนับถือ

บริษัท สิ้นมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน)

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัย Covid-19

เลขที่กรมธรรม์				
ประเภทกรมธรรม์				
<input type="checkbox"/> เจอ จ่าย จบ	<input type="checkbox"/> 2 in 1	<input type="checkbox"/> 3 in 1	<input type="checkbox"/> Covid รวมอุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> แพ้วัคซีน
<ul style="list-style-type: none"> • ตรวจพบเชื้อ Covid • ผู้ป่วยใน/นอก จากการแพ้วัคซีน • โคม่าระยะสุดท้าย จากการแพ้วัคซีน • ค่าชดเชยรายวัน จากการแพ้วัคซีน • ค่าปลอบขวัญ จากการแพ้วัคซีน 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่ารักษาเฉพาะ Covid • ค่ารักษาพยาบาล 9 โรค • ค่าชดเชยรายวัน 	<ul style="list-style-type: none"> • ค่ารักษาพยาบาล • โคม่าระยะสุดท้าย • อุบัติเหตุ 	<ul style="list-style-type: none"> • ตรวจพบเชื้อ Covid • ผู้ป่วยใน/นอกแพ้วัคซีน • โคม่าระยะสุดท้าย • ค่าชดเชยรายวัน • ค่าปลอบขวัญ 	
รายละเอียดผู้เอาประกันภัย / ผู้เรียกร้องสิทธิ				
ชื่อ - สกุล..... เลขที่บัตรประชาชน				
วัน/เดือน/ปีเกิด/...../..... อายุ ปี โทรศัพท์มือถือ.....Email@.....				
ที่อยู่ติดต่อสะดวก				
สถานที่ทำงาน..... อาชีพ โทรศัพท์				
รายละเอียดการติดเชื้อ / เจ็บป่วย / บาดเจ็บ				
กรณีติดเชื้อ (สำหรับแผน เจอ จ่าย จบ / 2in1 / 3in1 / แพ้วัคซีน)				
วันที่พบเชื้อ (ตามผลแล็บ) เวลา สถานพยาบาล/Lab.....				
วันที่แพทย์วินิจฉัยว่าติดเชื้อเป็นครั้งแรก (ตามใบรับรองแพทย์) โรงพยาบาล/คลินิก.....				
สถานที่ได้รับเชื้อเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด)				
.....				
ท่านได้รับวัคซีนแล้วหรือไม่ <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ โดยวัคซีนที่ได้รับ คือ				
วันที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 เมื่อวันที่ เข็มที่ 2 เมื่อวันที่				
ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรค COVID-19 หรือไม่				
<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย รักษาที่				
กรณีอุบัติเหตุ / ทูพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (สำหรับแผน Covid รวมอุบัติเหตุ)				
วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลา สถานพยาบาล/Lab.....				
รายละเอียดการเกิดเหตุ				
อวัยวะที่บาดเจ็บ ลักษณะบาดแผล				
มีการแจ้งความหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี สถานีตำรวจ				
กรณีเจ็บป่วย (สำหรับแผน Covid รวมอุบัติเหตุ / 2in1 / 3in1 / แพ้วัคซีน)				
อาการเจ็บป่วย				
ท่านเคยได้รับการรักษาจากโรคหรือได้รับการวินิจฉัยด้วยสาเหตุเดียวกันหรือไม่				
<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรตระบุสถานพยาบาล เมื่อวันที่				
แพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะโคม่าด้วยโรค COVID-19 ครั้งแรกเมื่อวันที่.....โรงพยาบาล.....				
ท่านได้มีการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลกับบริษัทประกัน / สวัสดิการอื่นหรือไม่				
<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรตระบุ				

การรักษาพยาบาล (สำหรับแผน Covid รวมอุบัติเหตุ / 2in1 / 3in1 / แพ้วัคซีน)

- ไม่มี โปรตระบุ Home Isolation รหัสหน่วยบริการ วันที่ลงทะเบียน.....
 Community Isolation ที่ วันที่ลงทะเบียน.....
- มีสถานพยาบาล โปรตระบุ
- รับการรักษาแบบ ผู้ป่วยนอก วันที่รักษา
- ผู้ป่วยใน จากวันที่ ถึงวันที่

วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน ผู้เอาประกันภัย ผู้รับผลประโยชน์/ทายาทตามกฎหมาย ความสัมพันธ์.....

โอนเงิน ชื่อบัญชี ธนาคาร

สาขา เลขที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง หากข้อความข้าพเจ้าสร้างทำขึ้น หรือปลอมแปลงเอกสาร บิดเบือนหรือปิดบังความจริงใดๆ แล้ว ข้าพเจ้ายินยอม และยอมรับว่าสิทธิที่จะได้รับค่าทดแทน หรือผลประโยชน์ครั้งนี้เป็นอันหมดไปโดยทันที ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์สถานพยาบาล บริษัทประกัน องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีการบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท สินมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้ตามสมบูรณ์ตามกฎหมาย

การให้ความยินยอมเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาหรือผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล สถานพยาบาลเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งหมด ทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมกับการเรียกร้องค่าทดแทนครั้งนี้ให้แก่ บมจ.สินมั่นคงประกันภัย หรือผู้กระทำการแทน หรือบุคคลภายนอกที่เป็นคู่สัญญากับ บมจ. สินมั่นคงประกันภัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสินไหมทดแทน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเรื่องเรียกร้องค่าทดแทนของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้ บมจ. สินมั่นคงประกันภัย, คู่สัญญา รวมถึงคู่พันธมิตรทางธุรกิจของบริษัทฯ ที่มีอำนาจหน้าที่ตามสัญญาประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้อยู่ในปกครองตามกฎหมายของข้าพเจ้าซึ่งข้อมูลทั้งที่มีอยู่ก่อนและหลังการให้ความยินยอมนี้ได้ทั้งในประเทศไทย ทั้งนี้ เพื่อการดำเนินการอันเกี่ยวกับการพิจารณา และ/หรือการบริการด้านสินไหมทดแทน การใช้รับสิทธิ และ/หรือการดำเนินการใดๆ เพื่อความสมบูรณ์ตาม ปกติวิสัยของภาคธุรกิจได้โดยตลอดตั้งแต่เริ่มต้นดำเนินการจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

อนึ่ง ข้าพเจ้าตกลงและยินยอมให้สำเนา และ หรือเก็บรักษา ใช้เปิดเผยเอกสารฉบับนี้ ทั้งในรูปแบบเอกสาร และ (หรืออิเล็กทรอนิกส์ อันมีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้อ่าน และเข้าใจการปฏิบัติตามหนังสือฉบับนี้เป็นอย่างดี จึงได้ลงลายมือชื่อตกลง และยินยอมไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ ผู้ทำการแทน
(.....)
วันที่/...../.....
ความสัมพันธ์.....

ลงชื่อผู้เอาประกัน/ผู้รับผลประโยชน์
(.....)
วันที่/...../.....

เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา โปรดส่งเอกสารให้ครบถ้วน (เอกสารสำเนา โปรดรับรองเอกสารทุกฉบับ)

<p>1. กรณี เจอ จ่าย จบ (สำหรับแผน เจอ จ่าย จบ / 2in1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่ลงลายมือชื่อโดยผู้เอาประกัน / ผู้ทำการแทน ฉบับจริง <input type="checkbox"/> 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนาถูกต้อง <input type="checkbox"/> 3. ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> 4. ต้นฉบับเอกสารผลการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่ยืนยันตัวตนได้ โดยวิธี RT-PCR จากห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ <input type="checkbox"/> 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร เพื่อรับค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง <input type="checkbox"/> 6. กรณี Home Isolation / Community Isolation โปรดแนบเอกสาร/หลักฐานการลงทะเบียน พร้อมกับรหัสหน่วยบริการ (ถ้ามี) 	<p>2. กรณี ค่ารักษาพยาบาล (สำหรับแผน Covid รวมอุบัติเหตุ / 3in1 / แพ้วัคซีน)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่ลงลายมือชื่อโดยผู้เอาประกัน / ผู้ทำการแทน ฉบับจริง <input type="checkbox"/> 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนาถูกต้อง <input type="checkbox"/> 3. ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง <input type="checkbox"/> 4. ประวัติการรักษาทั้งหมด และต้นฉบับเอกสารผลการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่ยืนยันตัวตนได้โดยวิธี RT-PCR จากห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ <input type="checkbox"/> 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร เพื่อรับค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง <input type="checkbox"/> 6. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง และรายการค่าใช้จ่าย <input type="checkbox"/> 7. หลักฐานใบคำสั่งแพทย์ให้ดูแลรักษาแบบ Home Isolation และ แบบ Community Isolation
<p>3. กรณี อุบัติเหตุ (สำหรับแผน Covid รวมอุบัติเหตุ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่ลงลายมือชื่อโดยผู้เอาประกัน / ผู้แทน ฉบับจริง <input type="checkbox"/> 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนาถูกต้อง <input type="checkbox"/> 3. ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง <input type="checkbox"/> 4. ต้นฉบับเอกสารผลการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่ยืนยันตัวตนได้ โดยวิธี RT-PCR จากห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ <input type="checkbox"/> 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร เพื่อรับค่าสินไหมทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง <input type="checkbox"/> 6. ใบรับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล และใบมรณะบัตร <input type="checkbox"/> 7. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนาถูกต้องของผู้รับผลประโยชน์ 	<p>4. กรณี ค่าขาดเขยรายได้ (สำหรับแผน 3in1 / แพ้วัคซีน)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ที่ลงลายมือชื่อโดยผู้เอาประกัน / ผู้ทำการแทน ฉบับจริง <input type="checkbox"/> 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนาถูกต้อง <input type="checkbox"/> 3. สำเนาใบเสร็จรับเงิน และรายการค่าใช้จ่าย <input type="checkbox"/> 4. ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง <input type="checkbox"/> 5. ประวัติการรักษาทั้งหมด และต้นฉบับเอกสารผลการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่ยืนยันตัวตนได้โดยวิธี RT-PCR จากห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ <input type="checkbox"/> 6. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง <input type="checkbox"/> 7. หลักฐานใบคำสั่งแพทย์ให้ดูแลรักษาแบบ Home Isolation และรหัสหน่วยบริการ และแบบ Community Isolation
<p>5. ภาวะโคม่า หรือค่าขาดเขยแบบเหมาจ่าย (แพ้วัคซีน)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ที่ลงลายมือชื่อโดยผู้เอาประกัน / ผู้ทำการแทน ฉบับจริง <input type="checkbox"/> 2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน รับรองสำเนาถูกต้อง <input type="checkbox"/> 3. ใบรับรองแพทย์ ฉบับจริง <input type="checkbox"/> 4. ประวัติการรักษาทั้งหมด และต้นฉบับเอกสารผลการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่ยืนยันตัวตนได้โดยวิธี RT-PCR จากห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ <input type="checkbox"/> 5. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง 	<p>6. กรณีเสียชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าทดแทน กรอกข้อมูลถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ที่ลงลายมือชื่อโดยผู้รับผลประโยชน์ / ผู้ทำการแทน ฉบับจริง <input type="checkbox"/> 2. รายงานแพทย์ ประวัติการรักษาทั้งหมด และต้นฉบับเอกสารผลการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่ยืนยันตัวตนได้โดยวิธี RT-PCR จากห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ <input type="checkbox"/> 3. สำเนารับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> 4. สำเนาใบมรณะบัตร <input type="checkbox"/> 5. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้เสียชีวิต <input type="checkbox"/> 6. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้าน ของผู้รับผลประโยชน์ <input type="checkbox"/> 7. สำเนาใบเปลี่ยนชื่อ-สกุล ของผู้เสียชีวิตและผู้รับประโยชน์ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> 8. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อรับค่าทดแทนที่ได้รับความคุ้มครอง

หมายเหตุ : บริษัทฯ อาจขอเอกสารเพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในแต่ละส่วนผลประโยชน์ที่ระบุไว้ตามความจำเป็น หรืออาจมีการตรวจสอบกับหน่วยงานที่ออกเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อยืนยันความถูกต้อง