



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
ประกันภัยที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

รายละเอียดของผู้เอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ เลขรับแจ้งเคลมเลขที่

ชื่อ-นามสกุล

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่หนังสือเดินทาง

สถานที่ติดต่อปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้าน

อาคาร เลขห้อง/ชั้นที่ ซอย

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ Line ID อีเมล

ข้าพเจ้าประสงค์ขอเลือกวิธีการรับค่าสินไหมทดแทนโดย

เช็ก จัดส่งที่

ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร สาขา ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ กระแสรายวัน

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

โปรดเลือกความคุ้มครองที่ต้องการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน พร้อมแนบเอกสารประกอบการพิจารณา

หมวด 1 การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสำหรับกรณีตรวจพบว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

- การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (เจอ จ่าย จบ)
- ต้นฉบับหรือสำเนาผลแล็บยืนยันผลตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แบบ RT-PCR
 - สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
 - สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีของผู้เอาประกันภัย (บัญชีออมทรัพย์/กระแสรายวัน)
- ค่ารักษาพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- ต้นฉบับหรือสำเนาผลแล็บยืนยันผลตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แบบ RT-PCR
 - ต้นฉบับหรือสำเนาใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา
 - ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายจากโรงพยาบาล
 - สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
 - สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีของผู้เอาประกันภัย (บัญชีออมทรัพย์/กระแสรายวัน)
 - กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต สำเนาหนังสือรับรองการตาย สำเนามรณบัตร รวมถึงสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง



- **ค่าใช้จ่ายตรวจหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับบุคคลในครอบครัว**
 กรุณาระบุชื่อ-นามสกุล และความสัมพันธ์กับผู้เอาประกันภัย
1. ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์
 2. ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์
 3. ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์
 4. ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์
 5. ชื่อ-นามสกุล..... ความสัมพันธ์
- ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของบุคคลในครอบครัว
 - สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
 - สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีของผู้เอาประกันภัย (บัญชีออมทรัพย์/กระแสรายวัน)
 - เอกสารรับรองความสัมพันธ์ของผู้เอาประกันภัยกับบุคคลในครอบครัว เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาทะเบียนสมรส สำเนาการรับรองบุตร ฯลฯ

- **ค่าใช้จ่ายเพื่อทำความสะอาดสถานที่เอาประกันภัย**
- ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายในการทำความสะอาด รวมถึงการซื้อน้ำยาฆ่าเชื้อและอุปกรณ์ต่างๆ
 - สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
 - สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีของผู้เอาประกันภัย (บัญชีออมทรัพย์/กระแสรายวัน)
 - สำเนาทะเบียนบ้าน

หมวด 2 การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสำหรับกรณีได้รับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครั้งที่ 1
 เมื่อวันที่ / / เวลา น.
 โรงพยาบาล

ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครั้งที่ 2
 เมื่อวันที่ / / เวลา น.
 โรงพยาบาล

ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครั้งที่ 3
 เมื่อวันที่ / / เวลา น.
 โรงพยาบาล

- ต้นฉบับหรือสำเนาใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา
- ต้นฉบับใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายจากโรงพยาบาล
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาหน้าแรกสมุดบัญชีของผู้เอาประกันภัย (บัญชีออมทรัพย์/กระแสรายวัน)
- กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต สำเนาหนังสือรับรองการตาย สำเนามรณบัตร

รวมถึงสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกคน พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง



ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นจริงทุกประการ และสำเนาเอกสารทุกฉบับมีรายละเอียดเหมือนต้นฉบับ และขอยืนยันว่าไม่มีการปกปิดข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยดังกล่าวต่อบริษัทฯ

ข้าพเจ้านุญาตให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นที่ดูแล/หรือ ตรวจอาการของข้าพเจ้า หรือได้รับอนุญาตให้เก็บบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลใดๆ และทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ประวัติการรักษา การขอคำปรึกษา การจ่ายยา หรือการรักษา และสำเนาของโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลทั้งหมด

.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน

..... / /

ติดต่อ ฝ่ายสินไหมทดแทน ส่วนสินไหมอุบัติเหตุส่วนบุคคลและสุขภาพ โทร. 0 2285 8888 กด 3 และกด 3 ในวันและเวลาทำการ
บมจ.กรุงเทพประกันภัย 25 ถนนสาทรใต้ แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120