

ขั้นตอนกระบวนการในการเรียกร้องให้ค่าใช้จ่ายหรือค่าสินไหมทดแทนประกันภัยสุขภาพ

ขั้นตอน	ช่องทางการติดต่อ	เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้
1. การแจ้งเคลมสินไหมประกันภัยสุขภาพ	ติดต่อฝ่ายสินไหมสุขภาพ ได้ที่ เบอร์โทร 02-378-7000 ต่อ 7124	
2. เอกสารประกอบการเบิกสินไหมประกันภัยสุขภาพ	กรณีเบิกค่ารักษาสุขภาพ	<p>ผู้เอาประกันภัยจัดส่งเอกสารการเบิกค่าสินไหม ต้นฉบับให้บริษัทฯ ทางไปรษณีย์หรือติดต่อที่บริษัทฯ โดยตรง (กรณีส่งเอกสารทางไปรษณีย์ จำหน่ายของถึง ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพ ชั้น 14)</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ - ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ - ใบรับรองแพทย์ต้นฉบับ - สำเนาบัตรประชาชน - สำเนาทะเบียนบ้าน - สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร - ประวัติการรักษาพยาบาลย้อนหลัง 5 ปี - ใบสูติบัตร(กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์) - ผู้เอาประกันจะต้องส่งหลักฐานให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาล, สถานพยาบาล, คลินิก
	กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต	<p>ผู้รับผลประโยชน์นำเอกสารต้นฉบับให้บริษัทฯ ทางไปรษณีย์หรือติดต่อที่บริษัทฯ โดยตรง (กรณีส่งเอกสารทางไปรษณีย์ ระบุสินไหมสุขภาพ ชั้น 14)</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ - สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกัน - สำเนาใบมรณบัตร - สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ พร้อมลายเซ็นรับรองจากแพทย์ - สำเนานันทิกประจำวันทางตำรวจ - สำเนาใบรับรองการตายพร้อมลายเซ็นรับรองจากแพทย์

ขั้นตอน	ช่องทางการติดต่อ	เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้
		<ul style="list-style-type: none"> - สรุปผลคดีและภาพถ่ายที่เกิดเหตุ - ประวัติการรักษาแบบผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน ย้อนหลัง 5 ปี - ผู้รับผลประโยชน์จะต้องส่งหลักฐานให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต
3. ระยะเวลาการพิจารณาสินไหมสุขภาพ	กรณีเบิกค่ารักษาสุขภาพ ผู้ป่วยนอก OPD / ผู้ป่วยใน IPD	บริษัทฯ ใช้เวลาในการชดเช้ค่าสินไหม 15 วันทำการ นับจากได้รับเอกสารต้นฉบับการเบิกสินไหมครบถ้วนเรียบร้อยจากผู้เอาประกัน *ระยะเวลาที่กำหนดไว้อาจขยายออกไปได้อีกตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน
4. วิธีการจ่ายค่าสินไหม	4.1 โอนเข้าบัญชีผู้เอาประกัน 4.2 กรณีผู้เอาประกันเสียชีวิต บริษัทฯ โอนเข้าบัญชี ของผู้รับผลประโยชน์ 4.3 ออกเป็นเช็ค	<ul style="list-style-type: none"> - บริษัทฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีตามสำเนาหน้าสมุดบัญชี ที่ได้จัดส่งให้กับบริษัทฯ - บริษัทฯ จะจัดส่งเช็คค่าสินไหมไปตามที่อยู่ ที่ได้แจ้งไว้กับบริษัทฯ



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยสุขภาพ

ประเภทสินไหม เสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ ค่ารักษาพยาบาล ทูพพลภาพ/สูญเสียอวัยวะ
 ค่ารักษาพยาบาล OPD(อุบัติเหตุ 24 ชั่วโมง) ป่วยด้วยโรคร้ายแรง

รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนอายุ.....ปี
เลขกรมธรรม์..... โทรศัพท์.....
สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....

กรณีเจ็บป่วย OPD IPD อื่นๆ โปรดระบุ.....

ชื่อโรงพยาบาล.....วันที่เข้ารับรักษา.....วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....

อาการเจ็บป่วย.....

ท่านเคยได้รับการรักษา/วินิจฉัยด้วยสาเหตุ/อาการ/โรคเดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่

ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....

ท่านได้มีการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลกับบริษัทประกัน/สวัสดิการอื่นหรือไม่

ไม่มี มี โปรดระบุและส่งเอกสารค่าใช้จ่ายทั้งหมดเพื่อประกอบการพิจารณา.....

กรณีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ

สถานที่เกิดเหตุ.....วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....

รายละเอียดการเกิดเหตุ.....

วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน

โอนเงินเข้าบัญชี ชื่อบัญชี ธนาคาร

สาขา เลขที่บัญชี

เช็ค ส่งตามที่อยู่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง ยินยอม และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกัน องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีการบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริง ทั้งหมดแก่ บริษัท สินมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้ ตามสมบูรณ์ตามกฎหมาย

ลงชื่อผู้เอาประกัน/ผู้รับผลประโยชน์/ทายาท

(.....)

วันที่/...../.....

ขั้นตอนกระบวนการในการเรียกร้องให้ชดเชยเงินหรือค่าสินไหมทดแทนประกันภัยมะเร็ง

ขั้นตอน	ช่องทางการติดต่อ	เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้
1. การแจ้งเคลมสินไหมประกันภัยมะเร็ง	ติดต่อฝ่ายสินไหมสุขภาพ ได้ที่ เบอร์ โทร 02-378-7000 ต่อ 7124	
2. เอกสารประกอบการเบิกสินไหมสุขภาพมะเร็ง	กรณีเรียกร้องค่าสินไหม ประกันภัยมะเร็ง	<p>ผู้เอาประกันนำเอกสารต้นฉบับส่งให้บริษัทฯ ทางไปรษณีย์หรือติดต่อที่บริษัทฯ โดยตรง (กรณีส่งเอกสารทางไปรษณีย์ จ่าหน้าซอง ถึง ฝ่ายสินไหมสุขภาพ ชั้น 14)</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ - ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษา - ผลตรวจเนื้อเยื่อจากห้องปฏิบัติการ - สำเนาเพิ่มประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ย้อนหลัง 5 ปี - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ลงรายชื่อรับรอง - สำเนาหน้าบัญชีธนาคารของผู้เอาประกัน
	กรณีผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต	<p>ผู้รับผลประโยชน์นำเอกสารต้นฉบับส่งให้บริษัทฯ ทางไปรษณีย์หรือติดต่อที่บริษัทฯ โดยตรง (กรณีส่งเอกสารทางไปรษณีย์ ระบุสินไหมสุขภาพ ชั้น 14)</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่กำหนดโดยบริษัทฯ - ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษา - ผลตรวจเนื้อเยื่อจากห้องปฏิบัติการ - สำเนาเพิ่มประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ย้อนหลัง 5 ปี - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ลงรายชื่อรับรอง - ใบมรณบัตร - หนังสือรับรองการตาย - เอกสารของผู้รับผลประโยชน์ สำเนาบัตรประชาชน, สำเนาทะเบียนบ้านและสำเนาบัญชีธนาคารของผู้รับผลประโยชน์ <p>* ผู้รับผลประโยชน์จะต้องส่งหลักฐานให้แก่บริษัทฯ ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต</p>

ขั้นตอน	ช่องทางการติดต่อ	เอกสารหลักฐานที่ต้องใช้
3. ระยะเวลาการพิจารณาสินไหม	- กรณีเบิกประกันสุขภาพมะเร็งและเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง	- บริษัทฯ ใช้เวลาในการชดเช้ค่าสินไหม 15 วันทำการ นับจากได้รับเอกสารต้นฉบับการเบิกสินไหมครบถ้วนเรียบร้อยจากผู้เอาประกัน * ระยะเวลาที่กำหนดไว้อาจขยายออกไปได้อีกตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 90 วัน
4. วิธีการจ่ายค่าสินไหม	4.1 โอนเข้าบัญชีผู้เอาประกัน 4.2 โอนเข้าบัญชีผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้เอาประกันเสียชีวิต) 4.3 ออกเป็นเช็ค	- บริษัทฯ จะโอนเงินเข้าบัญชีตามสำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ที่ได้จัดส่งให้กับบริษัทฯ - บริษัทฯ จะจัดส่งเช็คค่าสินไหมไปตามที่อยู่ ที่ได้แจ้งไว้กับบริษัทฯ



แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนประกันภัยมะเร็ง

ประเภทสินไหม เจ็บป่วยจากมะเร็ง เสียชีวิตจากมะเร็ง

รายละเอียดผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล.....หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนอายุ.....ปี
เลขกรมธรรม์.....โทรศัพท์.....
สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....

กรณีเจ็บป่วยจากมะเร็ง

ชื่อโรงพยาบาล.....วันที่เข้ารับรักษา.....วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....
อาการเจ็บป่วย.....
ท่านเคยได้รับการรักษา/วินิจฉัยด้วยสาเหตุ/อาการ/โรคเดียวกันนี้มาก่อนหรือไม่
 ไม่เคย เคย โปรดระบุ.....
ท่านได้มีการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลกับบริษัทประกัน/สวัสดิการอื่นหรือไม่
 ไม่มี มี โปรดระบุและส่งเอกสารค่าใช้จ่ายทั้งหมดเพื่อประกอบการพิจารณา.....

กรณีเสียชีวิตจากมะเร็ง

สถานที่เกิดเหตุ.....วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....
รายละเอียดการเกิดเหตุ.....

วิธีการรับค่าสินไหมทดแทน

โอนเงินเข้าบัญชี ชื่อบัญชี ธนาคาร
สาขา เลขที่บัญชี
 เช็ค ส่งตามที่อยู่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง ยินยอม และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกัน องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใดที่มีการบันทึกเรื่องราว การเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริง ทั้งหมดแก่ บริษัท สินมั่นคงประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้ ตามสมบูรณ์ตามกฎหมาย

ลงชื่อผู้เอาประกัน/ผู้รับผลประโยชน์/ทายาท

(.....)

วันที่/...../.....