



บริษัท กรุงเทพประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)

2301/2 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ

เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

Bangkok Health Insurance PCL

Tel + 66 (0) 2 769 7788

2301/2 New Petchaburi Rd., Bangkok

Fax + 66 (0) 2 769 7798

Huaykwang, Bangkok 10310 Thailand

www.bhi.co.th

BANGKOK HEALTH INSURANCE
กรุงเทพประกันสุขภาพ

A MEMBER OF BMS

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาล / Medical Claim Form

ข้อแนะนำ เพื่อให้การจ่ายสินไหมเป็นไปด้วยความรวดเร็ว (Instruction for outstanding claim reimbursement)

1. การกรอกแบบฟอร์ม (Filling Claim Form)

- สมาชิกผู้เอาประกันภัย ต้องกรอกข้อความให้สมบูรณ์ครบถ้วนในส่วนที่ 1 และแพทย์ผู้ตรวจรักษากรอกส่วนที่ 2 หรือ 3 พร้อมประทับตราสถานพยาบาล (Part I Filling the completed information by Insured Member and Part II or Part III completed by the Physician and stamp the hospital logo.)
- กรณีที่ไม่ได้นำแบบฟอร์มของบริษัทให้แพทย์ผู้ตรวจรักษากรอกตอนที่ 2 หรือ 3 จะต้องแนบใบรับรองแพทย์ที่ระบุวันเข้าและออกจากโรงพยาบาล, การวินิจฉัยโรค สาเหตุของการรักษาพยาบาล ประเภทของการรักษา และ/หรือการผ่าตัด แนบมาพร้อมกับแบบฟอร์มการเรียกร้องนี้ (In case of incomplete this claim form in Part II or Part III by physician, must enclose the Medical Certificate for which introduce the treatment /admission date, discharge date, diagnosis type of treatment and/or operation then attached to this claim form.)

2. เอกสารที่ต้องส่งให้บริษัท (Document for Reimbursement)

- แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาล (Medical Claim Form)
- ใบรับรองแพทย์ กรณีแพทย์ไม่ได้กรอกแบบฟอร์มในส่วนที่ 2 หรือส่วนที่ 3 (Medical Certificate, in case of incomplete Medical Claim Form in Part II or Part III.)
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ กรณีเรียกผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากเข้ารับการรักษา ณ สถานพยาบาลนอกเครือข่าย หรือสำรองจ่าย ยกเว้นกรณีการใช้เครดิตกับสถานพยาบาลในเครือข่าย หรือ การเรียกผลประโยชน์ค่าชดเชยรายวันในโรงพยาบาล (Original receipt, excepted using credit facility within the hospital network or reimburse of the indemnity claim under Hospital Income Benefit.)
- ใบแจ้งรายละเอียดค่ารักษาพยาบาล (Detail of medical expense.)
- สำเนาสมุดบัญชีธนาคาร ในกรณีที่ต้องการให้จ่ายผลประโยชน์เข้าบัญชีธนาคาร ซึ่งเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของบัญชีธนาคาร ที่เป็นบุคคลเดียวกับผู้เอาประกันภัย (Photo of Book Bank Account for Claim Payment and certify the correct copy by account owner as insured member, if require)

3. ระยะเวลาการจัดส่งเอกสาร (Time Sending)

- กรณีนอนโรงพยาบาล ขึ้นเอกสารภายใน 30 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Inpatient : submit to BHI Company within 30 days after discharged.)
- กรณีคนไข้นอก ขึ้นเอกสารภายใน 90 วันนับแต่วันที่ทำการรักษาพยาบาล (Out patient : submit to BHI Company within 90 days after treatment.)

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย | Part I - For Insured Member

ชื่อนายจ้าง : บริษัท, ห้าง, ร้าน, หน่วยงาน, องค์การ (Employer's Name : Company or Organization) :

กรมธรรม์เลขที่ (Policy Number) : ใบรับรองเลขที่ (Certificate Number) :

ชื่อผู้เอาประกันภัย (Insured member) : ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Relation with Patient) :

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย (Patient's Name) : วันเดือนปีเกิด (Date of Birth) : อายุ (Age) : ปี (Years) เพศ (Sex) :

บัตรประชาชน/อื่นๆ โปรดระบุ (ID Card/Other please specify) : เลขที่บัตร (Card Number) :

ที่อยู่ปัจจุบัน (Current Address) : โทรศัพท์ (Tel.No.) :

มีประกันภัยแบบอื่นที่ประสงค์ใช้ร่วมหรือไม่? ถ้ามีโปรดระบุแบบ / ชื่อบริษัทประกัน : เลขที่กรมธรรม์ :

(Do you have other insurance? If yes, please identify insurance type and insurer company) (Policy Number)

ใบมอบฉันทะให้สอบถามโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล (Authorization to Consult Physician Hospital or Clinic)

ฉัน ที่นี้ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้แพทย์/โรงพยาบาล/หรือสถานพยาบาลที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจให้รายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพรวมทั้งประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า กับบริษัท กรุงเทพประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) อันมีสำเนาภาพถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

(I here by authorize any physician, medical practitioner hospital or clinic by whom or where I have been observed or treated, to give full particulars about my health including my whole medical history, to the Bangkok Health Insurance PCL. A photo static copy of this authorization shall have the full effect to the original authorization.)

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย ลงชื่อ..... ผู้เรียกร้อง - กรณีคู่สมรส/บุตร

(Signature.) (Insured Member) (Signature) (Claimant - Spouse or Child)

วันที่ (Date) : วันที่ (Date) :

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์กรอก กรณีรักษาแบบคนไข้นอก หรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน | Part II - For Physician In case of OPD or ER Accident or ME

ชื่อแพทย์ (Physician's Name) : เลขที่ใบอนุญาตฯ (License No) :

ชื่อผู้ป่วย (Patient's Name) : อายุ (Age) : ปี (Years)

กรณีรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยแบบคนไข้นอก (OPD)

วันเดือนปี ที่ทำการรักษาพยาบาล (Date of Treatment) :

อาการสำคัญและช่วงระยะเวลาที่ปรากฏอาการ / Chief complaint and duration of symptoms) :

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) :

วิธีการรักษาพยาบาล (Treatment) :

กรณีรักษาพยาบาลแบบอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ERACC หรือ ME)

วันที่เกิดอุบัติเหตุ (Date of Accident) : เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ (Time of Accident) :

วันที่ทำการรักษา (Date of Treatment) : เวลาที่ทำการรักษา (Time of Treatment) :

สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ (Cause of Accident) :

อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ (Organs of Accident) :

วิธีการรักษาพยาบาล (Treatment) :

ขณะเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ ผู้ป่วยใช้แอลกอฮอล์ หรือสารเสพติดหรือไม่? ไม่ใช่ / No ใช่ / Yes

Was the accident related to alcohol, drug abuse or addiction?

ลายเซ็นแพทย์ / Signature..... วันที่ / Date..... โปรดประทับตราสถานพยาบาล / Hospital Stamp