



Aetna Health Insurance (Thailand) Public Company Limited

ข้าพเจ้า นาย นาง นส.
Member Name. Mr. Mrs. Ms.
กรมธรรม์เลขที่ วันที่ / Date
Contract No.
บริษัท หมายเลขโทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ
Company Name Telephone No.

ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลตามเอกสารแนบและใบเสร็จรับเงินดังนี้ :-

Would like to submit the following original documents for claim reimbursement as below

Table with 6 columns: ลำดับ Item, ร.พ. / คลินิก Hospital / Clinic Name, เลขที่ใบเสร็จรับเงิน Receipt No., ลงวันที่ Issued Date, การรักษาคือเรื่อง Follow-up Treatment, จำนวนเงิน Amount

รวมเป็นเงิน / Total รวมเป็นเงิน / Total

วิธีการรับเงิน / Receipt Method

โอนเงิน (บัญชีออมทรัพย์เท่านั้น) / Transfer money

ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี(ออมทรัพย์เท่านั้น)
Bank Name Branch Bank Account (Saving Account only)
ชื่อบัญชี / Account Name

วิธีจัดส่งเอกสาร / Document Method

ส่งทางไปรษณีย์ / Mail ที่อยู่ / Address
มารับด้วยตัวเอง / Walk in ตัวแทนหรือนายหน้า / Agent or Broker

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ โรงพยาบาล คลินิก โดยบุคคลใดหรือสถานพยาบาล ที่ข้าพเจ้าและ หรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครอง ได้รับการสังเกตการณ์ หรือตรวจรักษา หรือมีสิทธิประกันภัยอื่นใด หรือองค์กรซึ่งมีหน้าที่หรือข้อมูลของข้าพเจ้าและ หรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครองซึ่งมีการเก็บหรือครอบครองโดยเอ็ทน่า ได้ให้รายละเอียดทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น รวมถึงประวัติสุขภาพในอดีตทั้งหมดกับเอ็ทน่าฯ

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้า และหรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครอง ไม่สามารถให้ข้อมูลใดๆ ตามที่ได้รับการร้องขอในแบบฟอร์มการเรียกร้องสิทธิรักษาพยาบาลใหม่นี้ เอ็ทน่าฯ จะไม่สามารถสามารถรับและพิจารณาเงินค่าเสียหายได้ ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและหรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครองซึ่งมีการเก็บหรือครอบครองโดยเอ็ทน่าฯ ได้มีการจัดให้ ครอบครองใช้ และเปิดเผยโดยเอ็ทน่าฯ หรือบุคคลใดองค์กรซึ่งมีการเกี่ยวข้องกับเอ็ทน่าฯ ด้วยหมายหรือหน้าที่ที่ได้รับแต่งตั้ง(ถ้ามี) หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่รับผิดชอบการคัดเลือกผู้ภายในและภายนอกประเทศไทย รวมถึงบริษัทประกันภัยต่อ บริษัทตรวจสอบจำนวนสินไหม และสมาคมด้านประกันฯ เพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาสินไหมตามแบบฟอร์มนี้และให้บริการต่อเนื่องและการวิเคราะห์ด้านสินไหมหรือข้อมูลสินค้าและบริการด้านประกันอื่นๆ การตลาดทางตรง การตรวจสอบข้อมูลของข้อมูล และเพื่อติดต่อแจ้งข่าวสารต่อข้าพเจ้า

I hereby confirm that the above information given is true and correct.

I also authorize any physician, medical practitioner, hospital, clinic, by whom or where I and/or the Member(s) have been observed or treated or any insurance company or organization that has and/or any records or health information concerning me and/or the Member(s) for any reason, to give full particulars thereof including prior medical history to Aetna A copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

I understand that if the Member(s) fail to provide any claim form information requested in this, it may result in the inability of Aetna to accept or process this claim.

I understand that all my and/or the Member(s) personal information collected or held by Aetna is provided and may be held, used, and disclosed by Aetna or individuals/ organization associated with Aetna, appointed agent/ broker, is applicable, or any selected third party (within or outside of Thailand, including reinsurance and claim investigation companies and industry associations/ federations) for the purpose of processing this claim application and providing subsequent services and claim analysis or providing any other insurance products and services, direct marketing, and data matching, and to communicate with me for such purpose.

กรุณานำสำเนาบัตรประชาชนและสำเนามบัตรสมาชิกเอ็ทน่าฯ มาด้วย
Please copy your Identification and Aetna member card.

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย
Signature Name () Insured

Aetna Claim Reimbursement Procedure

ขั้นตอนการรับเงินค่าสินไหม

กรุณาตรวจสอบเอกสารตามรายการด้านล่างให้ครบถ้วนก่อนจัดส่ง

- 1. ระบุรายละเอียดในแบบฟอร์มการเรียกร้องสิทธิรักษาพยาบาลให้ครบถ้วน และเซ็นชื่อรับทราบข้อตกลง พร้อมแนบสำเนามบัตรสมาชิก
2. ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาทั้งหมด
3. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้
- วันที่ทำการรักษา
- ชื่อผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกับเอ็ทน่าฯ
- ค่ารักษาพยาบาล (Breakdown of charges)

แต่หากสมาชิกฯ ได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐหรือสวัสดิการอื่นใดมาแล้ว อนุโมทนาให้สมาชิกฯ ส่งสำเนาใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายจากสวัสดิการนั้น เพื่อเรียก ร้องส่วนที่ขาดจากเอ็ทน่าฯ ได้

- 4. กรุณาแนบใบยืนยันสิทธิ์หรือใบรับรองผลประโยชน์คุ้มครอง (Pre-authorization confirmation) ที่ออกให้โดยเอ็ทน่าฯ (ถ้ามี)
5. กรุณาระบุในแบบฟอร์มการเรียกร้องสิทธิรักษาพยาบาล กรณีที่ทำนองการรับเอกสารคืน โดยเอ็ทน่าฯ จะคืนต้นฉบับใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายไป เพื่อให้สมาชิกฯ นำไปเรียกหรือส่วนที่ขาดจากผู้รับประกันภัยอื่น

หมายเหตุ:

ท่านจะต้องดำเนินการเรียกจ่ายค่าชดเชยภายใน 90 วันหลังจากได้รับการรักษา การส่งเอกสารล่าช้าเกินกว่ากำหนด อาจเป็นเหตุให้เสียสิทธิในการเรียกร้อง หากไม่สามารถแสดงให้เห็นได้ว่ามีเหตุอันสมควร

Claims Procedures

Please check if you have done the following before claim submission:

- 1. Sign and complete this claim form and attach a copy of Aetna member card.
2. Medical certificate signed by the treating doctor stating the symptoms, diagnosis and the treatment given.
3. Original receipts must clearly indicate the following information and be signed/ stamped by the attending physician:
- Treatment date
- Name of patient
- Breakdown of charges.
The receipt may be returned to the Covered Person on request. If the original receipt has been submitted to another third party for part payment of a claim the Company will accept a copy provided that the third party authenticates the receipt as being original and indicates the amount which has been paid to the Covered Person by the third party.
4. Attach Pre-authorization confirmation, if applicable
5. Please indicate in the claim form if you require us to return the certified true copy of receipt(s).

Remarks:

Please note that the supportive documents for claim reimbursement must be submitted within 90 days after discharge from hospital. After that time we cannot guarantee payment.

ท่านสามารถส่งหลักฐานประกอบการเรียกร้องจ่ายสมบูรณ์ด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ลงทะเบียน มาถึงฝ่ายชดเชยสินไหมทดแทน บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

Please send this completed claim form with the attachment(s) by yourself or registered post to Claims Dept., Aetna Health Insurance (Thailand) Public Company Limited.

บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) เลขที่ 98 อาคารสารทศวรรษ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 14-15 ถนนสารทศวรรษ แขวงอิม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทร. 02-677-0000

Aetna Health Insurance (Thailand) Public Company Limited 98, Sathorn Square Office Tower, 14th-15th Floor, North Sathorn Road, Silom, Bangrak, Bangkok 10500 Tel :02-677-0000