



แบบฟอร์มการเรียกร้องสิทธิรักษาพยาบาล/Claim reimbursement

Aetna Health Insurance (Thailand) Public Company Limited

ข้าพเจ้า นาย นาง นส.

กรมธรรม์เลขที่ วันที่ / Date

Member Name. Mr. Mrs. Ms.

Contract No.

บริษัท

หมายเลขโทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ

Company Name

Telephone No.

ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลตามเอกสารเคลมและใบเสร็จรับเงินดังนี้ :-

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

ลำดับ Item	ร.พ. / คลินิก Hospital / Clinic Name	เลขที่ใบเสร็จรับเงิน Receipt No.	ลงวันที่ Issued Date	การรักษาต่อเรื่อง Follow-up Treatment	จำนวนเงิน Amount
				<input type="radio"/> ไม่ใช่/ No <input type="radio"/> ใช่/ Yes	
				<input type="radio"/> ไม่ใช่/ No <input type="radio"/> ใช่/ Yes	
				<input type="radio"/> ไม่ใช่/ No <input type="radio"/> ใช่/ Yes	

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 โดยบุคคลใดหรือสถานพยาบาลใด ที่ข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครอง ได้รับการสังเกตการณ์ หรือตรวจรักษา หรือบริษัทประกันภัยอื่นใดหรือองค์กรซึ่งมีหน้าที่หรือข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ว่าด้วยเหตุใด ได้ให้รายละเอียดทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น รวมถึงประวัติสุขภาพในอดีตทั้งหมดกับเจ้าหน้าที่สำนักงานกรมอนามัยหรือสำนักงานคุ้มครองผู้บริโภค ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครองซึ่งมีการเก็บหรือรวบรวมโดยเจ้าหน้าที่ ครอบคลุมโดยเจ้าหน้าที่ และเปิดเผยโดยเจ้าหน้าที่ หรือบุคคลใดองค์กรซึ่งมีการเกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่ ตัวแทนหรือนายหน้าที่ได้รับแต่งตั้ง (ถ้ามี) หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการคัดเลือก(ทั้งภายในและภายนอกประเทศไทย รวมถึงบริษัทประกันภัยต่อ บริษัทตรวจสอบด้านสินไหม และสมาคมด้านประกัน) เพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาสินไหมตามแบบฟอร์มนี้และให้บริการต่อเนื่องและการวิเคราะห์ด้านสินไหมหรือให้ข้อมูลสินค้าและบริการด้านประกันอื่นๆ การตลาดทางตรง การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 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. 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.

กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาบัตรสมาชิกเจ้าหน้าที่มาด้วย
Please copy your Identification and Aetna member card.

ลงชื่อ
Signature Name ()

ผู้เอาประกัน
Insured

Aetna Claim Reimbursement Procedure

ขั้นตอนการรับเงินค่าสินไหม

กรุณาตรวจสอบเอกสารตามรายการด้านล่างให้ครบถ้วนก่อนจัดส่ง

- ระบุรายละเอียดในแบบฟอร์มการเรียกร้องสิทธิรักษาพยาบาลให้ครบถ้วน และเซ็นชื่อรับทราบข้อตกลง พร้อมแนบสำเนาบัตรสมาชิก
- ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาทั้งหมด
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้
 - วันที่ทำการรักษา
 - ชื่อผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกับเจ้าหน้าที่
 - ค่ารักษาพยาบาล (Breakdown of charges)

แต่หากสมาชิกได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐหรือสวัสดิการอื่นใดมาแล้ว อนุมัติให้สมาชิก ส่งสำเนาใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายจากสวัสดิการนั้น เพื่อเรียก ร้องส่วนที่ขาดจากเจ้าหน้าที่ ได้

- กรุณาแนบบันทึกยืนยันสิทธิ์หรือใบรับรองผลประโยชน์คุ้มครอง (Pre-authorization confirmation) ที่ออกให้โดยเจ้าหน้าที่ (ถ้ามี)
- กรุณาระบุในแบบฟอร์มการเรียกร้องสิทธิรักษาพยาบาล กรณีที่ท่านต้องการรับเอกสารคืน โดยเจ้าหน้าที่ จะคืนต้นฉบับใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายไป เพื่อให้สมาชิก นำไปเรียกร้องส่วนที่ขาดจากผู้รับประกันรายอื่น

หมายเหตุ:

ท่านจะต้องดำเนินการเรียกร้องค่าชดเชยภายใน 90 วันหลังจากได้รับการรักษาการส่งเอกสารล่าช้า เกินกว่ากำหนดอาจเป็นเหตุให้เสียสิทธิ์ในการเรียกร้อง หากไม่สามารถแสดงให้เห็นได้ว่ามีเหตุอันสมควร

Claims Procedures

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

- Sign and complete this claim form and attach a copy of Aetna member card.
 - Medical certificate signed by the treating doctor stating the symptoms, diagnosis and the treatment given.
 - 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.
- Attach Pre-authorization confirmation, if applicable
 - 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.

ท่านสามารถส่งหลักฐานประกอบการเรียกร้องอย่างสมบูรณ์ด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ลงทะเบียนมายังฝ่ายชดเชยสินไหมทดแทน 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 อาคารสารสินแควร์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 14-15 ถนนสารสินเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 โทร. 02-2677-0000

Aetna Health Insurance (Thailand) Public Company Limited 98, Sathorn Square Office Tower, 14th-15th Floor, North Sathorn Road, Silom, Bangrak, Bangkok 10500 Bangkok 10500 Tel :0-2677-

F-FA-18-06 Claim Reimbursement form 19.1.18