



แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน / Claim Reimbursement Form

Aetna Health Insurance (Thailand) Public Company Limited

ข้าพเจ้า  นาย  นาง  นส.

กรมธรรม์เลขที่ \_\_\_\_\_ วันที่ / Date \_\_\_\_\_

Member Name. Mr. Mrs. Miss \_\_\_\_\_

Contract No. \_\_\_\_\_

สมาชิกต้องระบุหมายเลขบัตรประชาชน หรือ หมายเลขหนังสือเดินทาง (สำหรับชาวต่างชาติ)

National ID/Passport number (for foreigner) is compulsory to fill in.

Grid for National ID/Passport number

ชื่อบริษัท \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ \_\_\_\_\_

Company Name \_\_\_\_\_

Telephone No. \_\_\_\_\_

ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลตามเอกสารและใบเสร็จรับเงินดังนี้ :-

อีเมล / Email: \_\_\_\_\_

Would like to submit the following original document(s) for claim reimbursement:

Table with 6 columns: ลำดับ, โรงพยาบาล / คลินิก, เลขที่ใบเสร็จรับเงิน, ลงวันที่, การรักษาต่อเนื่อง, จำนวนเงิน

รวมเป็นเงิน / Total \_\_\_\_\_

วิธีการรับเงิน / Receipt Method

บริษัทจะดำเนินการจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามวิธีการรับค่าสินไหมทดแทนที่ท่านได้ระบุไว้ในใบคำขอเอาประกันภัย หรือตามที่ท่านได้มีการยื่นขอเปลี่ยนแปลงไว้ล่าสุด (ถ้ามี) ทั้งนี้ หากท่านประสงค์จะเปลี่ยนวิธีการรับค่าสินไหมทดแทน หรือ เปลี่ยนหมายเลขบัญชีธนาคารในการรับค่าสินไหม ขอให้ท่านกรอกแบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดกรมธรรม์ (F-MA-20) และนำส่งมาพร้อมกันแบบฟอร์มการเรียกร้องสิทธิรักษาพยาบาลนี้ โดยทางบริษัทจะดำเนินการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

The Company will proceed the claim payment according to the method of receiving claim payment that you have specified in the insurance application form or you have recently submitted a change request (if any). If you would like to change the method of receiving claim payment, bank or bank account number, please fill the request form for changing details of policy (F-MA-20) and send it together with this Claim Reimbursement Form. Then, the Company will proceed to change such detail.

วิธีจัดส่งเอกสาร / Document Delivery Method

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

ที่อยู่ / Address \_\_\_\_\_

คำแถลงเพื่อการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล - คำแถลงนี้ต้องได้รับการลงนามโดยผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจปกครองในกรณีที่มีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 20 ปี

ข้าพเจ้าขอแจ้งว่าข้อความทั้งหมดในแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนนี้เป็นจริงและถูกต้องทุกประการ

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจและยินยอมให้แพทย์ ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ โรงพยาบาล คลินิก โดยบุคคลใดหรือสถานพยาบาลใด ที่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกได้รับความคุ้มครองได้รับสังเกตการณ์หรือตรวจรักษา หรือบริษัทประกันภัยอื่นใดหรือองค์กรซึ่งมีบันทึกหรือข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าและหรือสมาชิกได้รับความคุ้มครองไม่ว่าด้วยเหตุใด ได้ให้รายละเอียดทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น รวมถึงประวัติสุขภาพในอดีตทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการรักษาใดๆ หรือบริการอื่น ๆ ที่ได้ให้แก่ข้าพเจ้าหรือสมาชิกที่ได้รับความคุ้มครองซึ่งเป็นผู้มีอำนาจปกครองของข้าพเจ้าเพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาสินไหมในกรณีนี้แก่เอ็ทน่า หรือเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งหรือตัวแทนที่ได้รับอำนาจจากเอ็ทน่า โดยสำนักงานการมอบอำนาจนี้ถือให้มีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าและหรือสมาชิกได้รับความคุ้มครองไม่สามารถให้ข้อมูลใดๆ ตามที่ได้รับกรอกร้องขอในแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทนนี้ เอ็ทน่า จะไม่สามารถสามารถรับและพิจารณาสินไหมดังกล่าวได้

ข้าพเจ้าเข้าใจดีและให้ความยินยอมโดยชัดแจ้งให้ข้อมูลส่วนบุคคล อันรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าและหรือสมาชิกได้รับความคุ้มครองซึ่งมีการเก็บหรือครอบครองโดยเอ็ทน่า ได้มีการจัดใช้ และเปิดเผยโดยเอ็ทน่า หรือบุคคลองค์กรใดซึ่งมีเกี่ยวข้องกับเอ็ทน่า ตัวแทนหรือนายหน้าที่ได้รับอนุญาต (ถ้ามี) หรือบุคคลภายนอกที่ได้รับอนุญาต (ทั้งภายในและภายนอกประเทศไทย รวมถึงบริษัทประกันภัย บริษัทตรวจสอบค่าสินไหม และสมาคมด้านประกันภัย) เพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาสินไหมตามแบบฟอร์มนี้และให้บริการต่อเนื่องและการวิเคราะห์ด้านสินไหมหรือให้ข้อมูลคืนค่าและบริการด้านประกันอื่น ๆ การตลาดทางตรง การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเพื่อติดต่อแจ้งข่าวสารต่อข้าพเจ้าเพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าว

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้อความในแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทนนี้เป็นเท็จไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน เอ็ทน่า มีสิทธิปฏิเสธการพิจารณาชดเชยสินไหมได้

Data Protection Declaration – This declaration must be signed by the patient or the main member if the patient is a dependent under the age of 20.

I declare that all the details given on this Claim Reimbursement Form are true and correct.

I also authorize and consent any physician, medical practitioner, hospital, clinic, by whom or where I and/or the Member(s) have been observed or treated or any other insurance company or organization that has any records or health information concerning me and/or the Member(s) for any reason, to give full particulars thereof including prior medical history in connection with any treatment or other services provided to me or my dependent/s for the purpose of the consideration of this claim to Aetna or its duly appointed administrators or authorized agents. A copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

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

I understand and give explicit consent that all of my and/or the Member(s) personal information including medical information collected or held by Aetna is provided and may be held, used, and disclosed by Aetna or any individuals/organizations associated with Aetna, authorized agent/broker (if applicable), or authorized third party (within or outside of Thailand, including reinsurance companies, claim investigation companies, and insurance associations/federations) for the purpose of processing this Claim Reimbursement Form, providing subsequent services and claim analysis or providing any other insurance products and services, direct marketing, and data matching, and communicating with me for such purpose.

I understand that if this Claim Reimbursement Form is found to be fraudulent, in whole or part, Aetna is entitled to reject the claim payment.

กรูณาระบุหมายเลขบัตรประชาชนและแนบสำเนาบัตรสมาชิกเอ็ทน่า มาด้วย Please fill in your National ID/Passport Number in this Form and attach copy of Aetna member card.

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

ผู้เอาประกัน \_\_\_\_\_

Signed \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

Insured

## Aetna Claim Reimbursement Procedure

### ขั้นตอนการรับเงินค่าสินไหม

กรุณาตรวจสอบเอกสารตามรายการด้านล่างให้ครบถ้วนก่อนจัดส่ง

1. ระบุรายละเอียดในแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนให้ครบถ้วน และเซ็นชื่อรับทราบข้อตกลง พร้อมแนบสำเนาบัตรสมาชิก
2. ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาทั้งหมด
3. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้
  - วันที่ทำการรักษา
  - ชื่อผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกับเอ็ทน่า
  - ค่ารักษาพยาบาล (Breakdown of charges)

แต่หากสมาชิก ได้รับการชดเชยจากสวัสดิการของรัฐหรือสวัสดิการอื่นใดมาแล้ว อนุโลมให้สมาชิก ส่งสำเนาใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายจากสวัสดิการนั้น เพื่อเรียกร้องส่วนที่ขาดจากเอ็ทน่า ได้

4. กรณีแนบบใบยืนยันสิทธิ์หรือใบรับรองผลประโยชน์คุ้มครอง (Pre-authorization confirmation) ที่ออกให้โดยเอ็ทน่า (ถ้ามี)
5. กรณีระบุในแบบฟอร์มแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีที่สมาชิกต้องการรับเอกสารคืนโดยเอ็ทน่า เอ็ทน่า จะคืนต้นฉบับใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายไป เพื่อให้สมาชิกนำไปเรียกร้องส่วนที่ขาดจากผู้รับประกันรายอื่น

#### หมายเหตุ:

ท่านจะต้องดำเนินการเรียกร้องค่าชดเชยภายใน 90 วันหลังจากได้รับการรักษา การส่งเอกสารล่าช้าเกินกว่ากำหนด อาจเป็นเหตุให้เสียสิทธิ์ในการเรียกร้อง หากไม่สามารถแสดงให้เห็นได้ว่ามีเหตุอันสมควร

### Claims Procedures

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

1. Sign and complete this Claim Reimbursement Form and attach a copy of Aetna member card.
2. Medical certificate signed by the treating doctor stating all 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.

If the Member has been indemnified by the government welfare or other welfares, the Member shall submit a copy of the receipt certifying the paid amount by such welfare to further claim the remaining amount from Aetna.

4. Attach pre-authorization confirmation issued by Aetna (if any)
5. Please indicate in the Claim Reimbursement Form if the Member requires Aetna to return the document(s). Aetna will return original receipt(s) that certifies the paid amount to the Member to further claim the remaining amount from another insurer.

#### Remarks:

Please note that the supportive documents for claim reimbursement must be submitted within 90 days after treatment. Submission over such period may cause loss of right to claim if there is no a reasonable cause.

ท่านสามารถส่งแบบฟอร์มนี้พร้อมหลักฐานประกอบการเรียกร้องอย่างสมบูรณ์ด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ลงทะเบียนมายังฝ่ายชดเชยสินไหมทดแทน บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

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

บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) เลขที่ 98 อาคารสารณณีย์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 14-15 ถนนสารเหนือ แขวงสีลม 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

F-CL-02 Rev.11 Eff 9 Aug 2021