บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา กลุ่มงานประกันสุขภาพ โทร ๐ ๗๖๔๘ ๑๗๓๑

ที่ พง ๐๐๓๒.๐๐๙/๗๑๖๘ **วันที่** ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

ด้วย กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา มีความประสงค์ขอเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะ เรื่อง กรณี ได้รับความเสียหายจากการรับวัคซีน Moderna (โมเดอร์นา) ป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 โดยมีประกันภัยคุ้มครองภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนฯแบบกลุ่ม จากบริษัททิพยประกันภัย นั้น

ในการนี้กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา จึงขอให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์และสาธารณสุข ดำเนินการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(นายพรศักดิ์ มธุรส)
เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)
รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา

ฝ่ายสินไหมประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล

การเตรียมเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน

กรณีเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสุขภาพและอุบัติเหตุค่ารักษาพยาบาล

1. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงที่แสดงรายการค่ารักษาพยาบาล
   (กรณีใบเสร็จรับเงินฉบับจริงเป็นรายการรวมต้องมีใบรายละเอียดค่าใช้จ่ายหรือใบสรุปหน้างบประกอบด้วย)
2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุชื่อโรค การเกิดเหตุ อาการและบริเวณที่เป็นอย่างชัดเจน รวมทั้งระยะเวลารักษา
3. สำเนารายงานบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี ที่รับรองสำเนาถูกต้องโดยพนักงานสอบสวนเจ้าของสำนวนคดี (ถ้ามี)
4. สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาบัตรประจำตัวข้าราชการ และสำเนาบัตรประกันภัย
5. สำเนาหน้าสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (ออมทรัพย์/กระแสรายวัน) ของผู้เอาประกัน
6. แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหม (A01)

กรณีเอกสารไม่สมบูรณ์หรือไม่เพียงพอ บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิพิจารณาการจ่ายสินไหมทดแทนและมีสิทธิร้องขอให้นำส่งเอกสารเพิ่มเติม เพื่อการพิจารณาสินไหมต่อไป

ระยะเวลาในการพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนภายใน 7-10 วันทำการ หลังจากได้รับเอกสารครบถ้วน

หมายเหตุ : ความคุ้มครองขึ้นอยู่กับกรมธรรม์ที่ได้ทำไว้กับบริษัทฯ และเอกสารประกอบการพิจารณาต้องเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น

ทิพยประกันภัย
DHIPAYA INSURANCE
ภาครัฐเป็นผู้ถือหุ้นใหญ่

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)

A01

ห่วงใยทุกชีวิตในสังคม

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

( )ค่ารักษาพยาบาล ( )ค่ารักษาทันตกรรม ( )ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

( )เสียชีวิต ( )เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง( )ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง ( )สูญเสียอวัยวะ( )ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราว( ) อื่นๆ.....

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้เอาประกันภัย/ผู้เรียกร้องสิทธิกรอกข้อมูล

1. ชื่อ/สกุลของผู้เอาประกันภัย/ผู้ทำการแทน .....เพศ.....อายุ.....ปี.....อาชีพ.....

สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....

เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....

2. กรณีค่ารักษาพยาบาล / ค่าชดเชยรายได้ขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (กรุณาแนบสำเนาหน้าสมุดธนาคารมาพร้อมเอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทน)

โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

3. กรณีเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ ( ) ผู้ป่วยนอก ( ) ผู้ป่วยใน ( ) ICU ( ) อื่นๆ

3.1 ชื่อโรงพยาบาล.....วันที่เข้ารักษา.....วันที่ออกจากโรงพยาบาล.....

3.2 อาการเจ็บป่วย.....

3.3 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....

3.4 ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล.....แผนกที่เข้ารับการรักษา.....

3.5 ผลการวินิจฉัยโรคของแพทย์.....

3.6 ได้รับการรักษาโดย ( ) การใช้ยา ( ) การผ่าตัด (ระบุ).....( ) อื่นๆ (ระบุ).....

3.7 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ ( ) เอ็กซเรย์ ( ) ตรวจหัวใจ ( ) ตรวจโรค ( ) อื่นๆ (ระบุ).....

4.กรณีที่การรักษามีสาเหตุจากอุบัติเหตุ/ทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงเนื่องจากการบาดเจ็บ/สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพสิ้นเชิงชั่วคราวจากการบาดเจ็บ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

4.1 สถานที่เกิดเหตุ.....

4.2 วันที่เกิดเหตุ.....เวลาที่เกิดเหตุ.....

4.3 เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด).....

4.4 อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดแผล.....

4.5 มีการแจ้งความหรือไม่ ( ) ไม่มี ( ) มี ณ สถานีตำรวจ.....เมื่อวันที่.....

4.6 ชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษา.....วันที่ทำการรักษา.....

4.7 ชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา.....แผนกที่ทำการรักษา.....เลขที่ผู้ป่วยนอก.....

4.8 วันที่ไปทำการรักษาครั้งสุดท้าย.....

4.9 ได้รับการตรวจตามวิธีการต่อไปนี้หรือไม่ ( ) เอ็กซเรย์ ( ) ตรวจหัวใจ ( ) ตรวจโรค ( ) อื่นๆ (ระบุ).....

4.10 อาการหรือบาดเจ็บในปัจจุบัน (โปรดระบุโดยละเอียด).....

.....

5. กรณีที่เป็นสตรี ขณะที่ท่านเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่.....อายุครรภ์.....สัปดาห์

6. กรณีที่ได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่นหรือมีประกันร่วมกับบริษัทอื่น กรุณาระบุชื่อสถาบันหรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัย องค์กร สถาบัน หรือบุคคลใด ที่มีบันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า เปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ได้รับมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน

(.....)

วันที่...../...../.....

ความสัมพันธ์.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วันที่...../...../.....

บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน)
1115 ถนนพระราม 3 แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

DHIPAYA INSURANCE PUBLIC CO., LTD.
1115 Rama 3 Road, Chong Nonsi,
Yannawa, Bangkok 10120, Thailand.

Tel : +66 (0) 2239 2200 Call Center 1736
Fax : +66 (0) 2239 2049
www.dhipaya.co.th

วัคซีนโมเดอร์นา (Moderna)

เอกสารการเคลมครบถ้วน สามารถจัดส่งเอกสารได้ที่ claim_ah@dhipaya.co.th

น้ำทิพย์ เศวตวาณิชกุล
เจ้าหน้าที่อาวุโส
ฝ่ายขยายงานลูกค้ารายย่อย
โทร.02-2392274
มือถือ063-2273798
namthipsa@dhipaya.co.th
บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด
(มหาชน)
1115 ถนนพระราม 3
แขวงช่องนนทรี
เขตยานนาวา กรุงเทพ 10120