移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用保險理賠申請書

Application for Immigrations Covid-19 health Insurance Benefits

แบบฟอร์มยื่นขอเคลมสินไหมประกันภัยค่ารักษาพยาบาลโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลของแรงงานต่างชาติ

基 本 資 料 Information of the Insured ข้อมูลผู้เอาประกันภัย					
被保險人 Name of Insured ชื่อผู้เอาประกันภัย		護照號碼 Passport Number หมายเลขหนังสือเดินทาง		保險單號碼 Policy No. หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัย	
連絡人員 Contact Person ชื่อผู้ติดต่อ			連絡電話 Contact Number หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ		
入境日期 Date of Going Through Immigration วันที่เดินทางเข้าประเทศ			確診日期 Date of Confirmed วันที่ผลตรวจยืนยันติดเชื้อ		
年 ปี	月 เดือน	日 วันที่	年 ปี	月 เดือน	日 วันที่

檢 附 文 件 Supporting documents เอกสารที่แนบมาด้วย	
☐ 醫療診斷書 Certificate of diagnosis ใบรับรองผลการตรวจวินิจฉัย	☐ 境外移入病例證明文件 Certificate of imported case เอกสารหลักฐานการเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากต่างประเทศ
☐ 醫療費用收據正本及醫療費用明細表 Original medical treatment fee receipt(s) with itemized statements ต้นฉบับใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลและรายละเอียดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	☐ 其他 Others อื่นๆ：

保 險 金 支 付 聲 明 暨 同 意 事 項 Claim Application and Agreement ข้อชี้แจงและรายการความยินยอมในการจ่ายเงินประกันภัย

茲向ＯＯ**產物保險股份有限公司**申請**移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用保險**給付之需要，以被保險人本人之身分，同意下列事項: The agreement for the application of immigrations Covid-19 health insurance from OO Insurance Co,Ltd, **ข้าพเจ้าได้ยื่นเอาประกันภัยค่ารักษาพยาบาลโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลของแรงงานต่างชาติกับบริษัท OO ประกันภัย จำกัด ในฐานะผู้เอาประกันภัย ขอให้ความยินยอมตามรายการดังต่อไปนี้:**

一、 本人因罹患嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)於_____醫院住院治療，同意依保險契約約定本次**移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用保險金**給付予該醫院抵繳醫療費用，爾後有關**移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用保險金**如有糾紛與 貴公司無關，恐口說無憑，特立本同意書。I contacted Covid-19 and hospitalize at_____hospital. Confirm from the insurance contact, I agree the benefit of immigrations Covid-19 health insurance should pay for my treatment hospital directly.
ข้าพเจ้าติดเชื้อโควิด-19 และเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล_____ยินยอมชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลดังกล่าวด้วยเงินค่าสินไหมทดแทนจากประกันภัยรักษาพยาบาลโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลของแรงงานต่างชาติตามสัญญาประกันภัยโดยตรง หลังจากนี้ หากมีข้อพิพาทเกี่ยวกับเงินค่าสินไหมทดแทนจากประกันภัยรักษาพยาบาลโรคโควิด-19 ในโรงพยาบาลของแรงงานต่างชาติ ถือว่าไม่เกี่ยวข้องกับบริษัทประกันภัย จึงได้ลงนามในหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ไว้เป็นหลักฐาน

被保險人/受益人(即立同意書人) Applicant(Insured)/Beneficiary)) **ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับประโยชน์ (ผู้ให้ความยินยอม):**

_____

法定代理人/監護人 Legal representative/Guardian/Assistant **ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง:**_____

_____

二、 本人已詳知並閱讀 貴公司所提供之個人資料告知事項內容，並同意 貴公司於符合相關法令規範範圍內，及其他個資相關規定，包含但不限於「歐盟個人資料保護規則」等，得為蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。I have fully read and understood the "Claim Application and Agreement" in the application and herby agree that OO Insurance Co., Ltd may collect, process and use my personal information (medical records, medical treatment and health examinations). **ข้าพเจ้าได้อ่านถ้อยแถลงการจ่ายเงินประกันภัยและรายการที่ให้ความยินยอมและเข้าใจเนื้อหาที่แจ้งให้ทราบในแบบฟอร์มฉบับนี้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว และยินยอมให้บริษัทประกันภัยรวบรวม, จัดการ หรือใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า เช่น ประวัติอาการป่วย, ประวัติการรักษา และผลการตรวจสุขภาพ เป็นต้น**

被保險人/受益人(即立同意書人) Applicant(Insured)/Beneficiary) **ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับประโยชน์ (ผู้ให้ความยินยอม):**

_____

法定代理人/監護人 Legal representative/Guardian/Assistant **ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง:**_____

_____

中 華 民 國 ปีสาธารณรัฐจีนศักราช **年** **月** เดือน **日** วันที่

審核		**理賠單位收件章** ประทับตราหน่วยงานรับเรื่อง

意見 ความเห็น		