



Bupa Health Insurance (Thailand) Public Company Limited.

แบบฟอร์มการเรียกร้องสิทธิรักษาพยาบาล/Claim Reimbursement

วันที่/Date _____

ข้าพเจ้า นาย นาง น.ส.
Member Name Mr. Mrs. Ms.

กรมธรรม์เลขที่
Contract No. _____ - _____

บริษัท
Company Name _____

หมายเลขโทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ
Telephone No. _____

ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลตามเอกสารและใบเสร็จรับเงินดังนี้

ต้องการรับเอกสารคืนหรือไม่
Return the documents ต้องการ/ Yes ไม่ต้องการ/ No

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

ลำดับ Item	ร.พ. / คลินิก Hospital / Clinic Name	เลขที่ใบเสร็จรับเงิน Receipt No.	ลงวันที่ Issued Date	การรักษาต่อเนื่อง 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

เช็ค/ Cheque โอนเงิน (หมายเลขบัญชีที่เคยแจ้งไว้)/ Transfer Money (Existing A/C) โอนเงิน (เปลี่ยนหมายเลขบัญชี)/ Transfer Money (Change A/C No.)

กรณีเปลี่ยนหมายเลขบัญชี
if change account No.

ธนาคาร
Bank Name _____

สาขา
Branch _____

ชื่อบัญชี
Account Name _____

เลขที่บัญชี (บ/ข ออมทรัพย์เท่านั้น)
Bank Account (Saving only) _____

วิธีจัดส่งเอกสาร/ Document Method

มารับด้วยตัวเอง/ Walk in ตัวแทนหรือนายหน้า/ Agent or Broker _____

ส่งทางไปรษณีย์/ Post Mail

ที่อยู่/ Address _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ โรงพยาบาล คลินิก โดยบุคคลใดหรือสถานพยาบาล ที่ข้าพเจ้าและหรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครอง ได้รับการสังเกตการณ์ หรือตรวจรักษา หรือบริษัท ประกันภัยอื่นที่มีบันทึกหรือข้อมูลจากของข้าพเจ้าและหรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ด้วยเหตุใด ได้ให้รายละเอียดทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น รวมถึงประวัติสุขภาพในอดีตทั้งหมดกับบริษัท บupa ประเทศไทย จำกัด (มหาชน) ดำเนินการตามนโยบายอันมีผลให้ฉันและหรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครอง ข้าพเจ้าเข้าใจว่า หากข้าพเจ้าและหรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครอง ไม่สามารถให้อะไรก็ตาม ที่ได้รับการร้องขอในแบบฟอร์มการเรียกร้องเงินคืน บupa จะไม่สามารถรับและพิจารณาคืนเงินดังกล่าวได้ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและหรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครอง ซึ่งมีการเก็บหรือรวบรวมโดยบupa ได้มีการจัดให้ ครอบครัว ใช้ และเปิดเผยโดยบupa หรือบุคคลใด นอกเหนือหรือนอกขอบเขตของแบบฟอร์มนี้ และให้บริษัทรักษา และ/หรือวิเคราะห์ด้านสินไหม หรือให้ข้อมูลคืนค่าและบริการด้านประกันภัย การตลาดทางตรง การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเพื่อติดต่อกับข้าพเจ้า

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 any records or health information concerning me and/or the Member(s) for any reason, to give full particulars there of including prior medical history to Bupa. 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 form, it may result in the inability of Bupa to accept or process this claim. I understand that all my and/or the Member(s) personal information collected or held by Bupa is provided and may be held, used, and disclosed by Bupa or individuals/ organization associated with Bupa, 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.

กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาบัตรสมาชิกบupa มาด้วย
Please copy your Identification and Bupa member card.

ลงชื่อ
Signature Name _____

ผู้เอาประกันภัย
Insured _____