



ที่ สธ ๐๒๓๓.๐๒/ ๓๐๖๗

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘
๔ ถนนอธิปัตย์ จังหวัดอุดรธานี ๔๑๐๐๐

๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอรับค่าสินไหมทดแทนจากกรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อ COVID-19 ของบุคลากรสาธารณสุขและ
ส่งขอรับชดเชยความเสียหายของผู้ให้บริการ ตาม ม.๑๘(๔)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๘
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๘

สิ่งที่ส่งมา ๑.สรุปจำนวนบุคลากรสาธารณสุข ที่เจ็บป่วยด้วยโรคโรค COVID-19	จำนวน ๑ ชุด
๒.รายชื่อบุคลากรฯ ที่ได้รับกรมธรรม์ฯ	จำนวน ๑ ชุด
๓.แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน	จำนวน ๑ ชุด

ตามที่ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ได้ตรวจสอบรายชื่อบุคลากรสาธารณสุข ใน เขตสุขภาพที่ ๘
ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ข้อมูล ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ มีผู้ติดเชื้อ จำนวน ๑๑๓ คน
มีกรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวน ๗๕ คน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ นั้น

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ จึงขอติดตามการส่งเอกสารขอรับสินไหมทดแทนดังกล่าว
และการขอรับการชดเชยความเสียหายของผู้ให้บริการ ตาม ม.๑๘(๔) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้รับการชดเชย โดยขอความกรุณา
กลุ่มงานประกันสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด รวบรวม และจัดส่งเอกสาร ดังนี้

๑. เอกสารขอรับค่าสินไหมทดแทน ตามแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของ
บุคลากรสาธารณสุขที่มีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากกรมธรรม์ฯ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓ ส่งให้
กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ทาง E-mail : R8waycfo@gmail.com
เพื่อรวบรวมจัดส่งให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบกองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒. เอกสารขอรับชดเชยความเสียหายของ ผู้ให้บริการตาม ม.๑๘ (๔) ให้ประสานและจัดส่งให้
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๘ อุดรธานี รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายประเมษฐ์ กิ่งไก่อ)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

กลุ่มภารกิจเลขานุการ (Liaison)

ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘

เบอร์ติดต่อ ๐๔๒ ๒๑๙๒๐๗ ต่อ ๓๑๐

สรุปจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ ของเขตสุขภาพที่ 8 ที่ติดเชื้อ COVID-19

ข้อมูล ณ 1 ตุลาคม 2564

จังหวัด	จำนวนบุคลากรที่ติดเชื้อ(ราย)	มีกรรมธรรม์ (สธ) คัดกรองการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ COVID-19		ไม่มีกรรมธรรม์
		1.1 คัดกรอง (ราย)	1.2 ไม่คัดกรอง (ราย)	
นครพนม	13	5	2	6
บึงกาฬ	7	4	1	2
เลย	22	16	0	6
สกลนคร	4	4	0	0
หนองคาย	11	5	0	6
อุดรธานี	55	30	8	17
หนองบัวลำภู	1	0	0	1
รวมเขต 8	113	64	11	38

หมายเหตุ : กรรมธรรม์เริ่มคัดกรองวันที่ 10 พฤษภาคม 2564 -10 พฤศจิกายน 2564

จำนวนเจ้าหน้าที่ติดเชื้อ COVID-19 และมีกรมธรรม์ประกันภัยคุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ COVID-19

จำแนกราย รพ.ในเขต 8 ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2564

จังหวัด	หน่วยงาน	จำนวน จนท.ติดเชื้อที่มีกรมธรรม์คุ้มครอง	สธ. ได้รับเอกสารขอรับความคุ้มครองแล้ว (ราย)	หมายเหตุ
นครพนม	รพ.โพนสวรรค์	2	2	
	สสจ.นครพนม	1	0	
	รพ.ท่าอุเทน	2	2	
บึงกาฬ	บึงกาฬ	3	3	
	ปากคาด	1	1	
เลย	รพ.เลย	8	7	
	รพ.เอราวัณ	1	1	
	รพ.ผาขาว	1	0	
	รพ.ด่านซ้าย	2	2	รอเอกสารเพิ่มเติม
	รพ.นาแห้ว	1	1	
	รพ.สต.คำปุ่น	1	1	
	รพ.สต.โป่งศรีโทน	1	1	
	รพ.สต.ศรีอุบล	1	1	
สกลนคร	รพ.พระอาจารย์ฝั้นฯ	1	1	รอเอกสารเพิ่มเติม
	สสอ.กุดบาก	3	3	
หนองคาย	สสจ.หนองคาย	1	1	
	รพ.หนองคาย	4	4	
อุดรธานี	รพ.อุดร	5	3	รอเอกสารเพิ่มเติม 1
	รพ.กุมภวาปี	19	4	
	รพ.โนนสะอาด	1	1	
	รพ.บ้านผือ	2	2	รอเอกสารเพิ่มเติม 1
	รพ.ประจักษ์ศิลปาคม	1	1	รอเอกสารเพิ่มเติม
	รพ.เพ็ญ	1	1	
	รพ.หนองแสง	1	1	
รวมเขต 8		64	44	

สิ่งที่ส่งมาด้วย 3

จำนวนกรรมธรรม์ทั้งสิ้น 250,120 กรรมธรรม์ ประกอบด้วย

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	จำนวน	นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	จำนวน
1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	208,000	1. สำนักงานนาย และสำนักงานการแพทย์ กทม.	6,500
2. กรมสุขภาพจิต	1,000	2. โรงพยาบาลภูมิพล	2,000
3. กรมการแพทย์	11,000	3. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	1,500
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	50	4. UHOSNET	14,312
5. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	600	5. กองทัพเรือ	1,000
6. กรมควบคุมโรค	2,052	6. กรมแพทย์ทหารบก	936
7. กรมอนามัย	1,100		
8. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	70		
รวม	223,872	รวม	26,248

เงื่อนไขความคุ้มครอง

แต่ละรายจะได้รับความคุ้มครองจาก 3 กรรมธรรม์ ดังนี้

1. กรรมธรรม์ประกันภัย คุ้มครองการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวนเงินความคุ้มครอง 1,000,000.- บาทต่อราย จำกัดความรับผิดชอบในการจ่ายค่าสินไหมทดแทนดังกล่าวไม่เกิน 10 ราย ระยะเวลาให้ความคุ้มครอง 60 วัน (2 เดือน) โดยเริ่มให้ความคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 10 พฤษภาคม ถึงวันที่ 8 กรกฎาคม 2564 ระยะเวลาสิ้นสุดความคุ้มครองเวลา 24.00 น.
2. กรรมธรรม์ประกันภัย คุ้มครองการเสียชีวิตหรือภาวะโคม่าจนเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวนเงินความคุ้มครอง 1,000,000.- บาทต่อราย ระยะเวลาคุ้มครอง 6 เดือน โดยเริ่มให้ความคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 10 พฤษภาคม ถึงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2564 ระยะเวลาสิ้นสุดความคุ้มครองเวลา 24.00 น.
3. กรรมธรรม์ประกันภัย คุ้มครองการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวนเงินความคุ้มครอง 10,000 บาทต่อราย และคุ้มครองการประกันภัยอุบัติเหตุ จำนวนเงินความคุ้มครอง 10,000 บาท ต่อราย ระยะเวลาคุ้มครอง 6 เดือน โดยเริ่มให้ความคุ้มครองตั้งแต่วันที่ 10 พฤษภาคม ถึงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2564 ระยะเวลาสิ้นสุดความคุ้มครองเวลา 24.00 น.

รายละเอียดการเคลมประกัน

กรณีการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 และอุบัติเหตุแบบกลุ่ม	กรณีการเสียชีวิต
1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าทดแทนที่สมาคมประกันวินาศภัยไทยกำหนด 2. ใบรับรองแพทย์ และใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา 3. สำเนาสมุดคู่ฝากธนาคารออมทรัพย์ของผู้ได้รับความคุ้มครอง (เท่านั้น) 4. สำเนาบัตรประชาชน และรับรองสำเนาถูกต้อง ***หมายเหตุ*** 1. กรณีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวนเงินเอาประกันภัย 10,000 บาท/คน 2. ระยะเวลาจ่ายภายใน 15 วัน นับตั้งแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงความสูญเสีย หรือความเสียหายที่ครบถ้วนและถูกต้องแล้ว	1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่สมาคมประกันวินาศภัยไทยกำหนด 2. ใบมรณบัตร หรือใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ (กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ) 3. สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออกรายงาน (กรณีเสียชีวิต) 4. สำเนาบันทีกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี (กรณีเสียชีวิต) 5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ "ตาย" ของผู้ได้รับความคุ้มครอง (กรณีเสียชีวิต) 6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ 7. เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทเรียกร้องเพิ่มเติมตามความจำเป็น (ถ้ามี) ***หมายเหตุ*** 1. กรณีการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง จำนวนเงินเอาประกันภัย 10,000 บาท/คน หรือกรณีเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนเป็นเหตุให้เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าว หรืออยู่ในภาวะโคม่าจนเสียชีวิต เป็นจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,000 บาท/คน 2. ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องส่งหลักฐานให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเสียชีวิต หรือแพทย์ลงความเห็นว่างานทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หรือสูญเสียอวัยวะ โดยค่าใช้จ่ายของตนเอง หรือผู้รับประโยชน์

กรณีการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 และอุบัติเหตุแบบกลุ่ม	กรณีการเสียชีวิต
	3. ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเสียชีวิต ค่าสินไหมทดแทนจะจ่ายไปยังผู้รับประโยชน์ที่ระบุ ทายาทโดยธรรม หรือผู้ที่ศาลแต่งตั้งเป็นผู้จัดการมรดก 4. ระยะเวลาจ่ายภายใน 15 วัน นับตั้งแต่วันที่บริษัทได้รับหลักฐานแสดงความสูญเสีย หรือความเสียหายที่ครบถ้วนและถูกต้องแล้ว

โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ตรวจสอบรายชื่อผู้ที่ประสงค์เคลมประกัน
2. ให้แนกเอกสารที่เกี่ยวข้องเป็นไฟล์ PDF (เท่านั้น) ส่ง กลุ่มงานบริหารการเงินและการคลัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 ทาง E mail ที่ r8waycfo@gmail.com เพื่อรวบรวมส่งกองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ที่ e-mail address : suwi-wisun@hotmail.co.th เบอร์โทรศัพท์ 0-2590-1225 และ 0-2590-2065 ชื่อผู้ประสาน
น.ส.ธรรณธรรมา บุญเกียรติประวัติ

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

กรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และอุบัติเหตุแบบกลุ่ม
หรือกรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ส่วนที่ 1 สำหรับให้ผู้ได้รับความคุ้มครอง/ผู้ทำการแทนกรอกข้อมูล (กรณกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนทุกข้อ)

1. ชื่อ/สกุลของผู้ได้รับความคุ้มครอง..... เพศ..... อายุ..... ปี
 หมายเลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่.....
 แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....
 อาชีพ..... ตำแหน่ง..... ฝ่าย.....
 หน่วยงานต้นสังกัด..... หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน..... อีเมล.....
 เรียกร้องสิทธิภายใต้กรมธรรม์เลขที่..... ชื่อโรงพยาบาล.....
 วันที่เข้ารับการรักษา..... แพทย์ผู้รักษา.....

ส่วนที่ 2 การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย (โปรดระบุกรมธรรม์ฯ)

- ☐ กรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และอุบัติเหตุแบบกลุ่ม
- ☐ กรณีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวนเงินเอาประกันภัย 10,000 บาท/คน
- ☐ กรณีการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ.1) จำนวนเงินเอาประกันภัย 10,000 บาท/คน ระบุรายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้
1. สถานที่เกิดเหตุ
 2. วันที่เกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ
 3. เหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร (ระบุรายละเอียด)
 4. อวัยวะที่บาดเจ็บและลักษณะบาดเจ็บ
 5. มีการแจ้งความหรือไม่ () ไม่มี () มี ณ สถานีตำรวจ เมื่อวันที่.....
 6. สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา เมื่อวันที่.....
 7. แพทย์ผู้รักษา
-
- ☐ กรมธรรม์ประกันภัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรณีเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนเป็นเหตุให้เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าวหรืออยู่ในภาวะโคม่าจนเสียชีวิต เป็นจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,000 บาท/คน
- ในกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเสียชีวิต ค่าสินไหมทดแทนจะจ่ายไปยังผู้รับประโยชน์ที่ระบุ ทายาทโดยธรรม หรือผู้ที่ศาลแต่งตั้งเป็นผู้จัดการมรดก
- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริงและข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทวินาศภัย ที่เข้าร่วมรับประกันภัย องค์กร สถาบันที่เรื่องราวการเจ็บป่วยหรือประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าเปิดเผยข้อเท็จจริงทั้งหมด แก่สมาคมประกันวินาศภัยไทยมอบหมาย อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ ถือว่ามีผลใช้ บังคับได้ และสมบูรณ์ เท่าต้นฉบับ

ลายมือชื่อ.....ผู้ทำการแทน
 (.....)
 วันที่...../...../.....
 ความสัมพันธ์

ลายมือชื่อ.....ผู้ได้รับความคุ้มครอง
 (.....)
 วันที่...../...../.....

เอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน

1. กรณีการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวนเงินเอาประกันภัย 10,000 บาท/คน
 - 1.1 แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่สมาคมประกันวินาศภัยไทยกำหนด
 - 1.2 ใบรับรองแพทย์ และใบรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา
 - 1.3 สำเนาสมุดคู่ฝากธนาคารออมทรัพย์ของผู้ได้รับความคุ้มครอง (เท่านั้น)
 - 1.4 สำเนาบัตรประชาชน และรับรองสำเนาถูกต้อง
2. กรณีการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะ สายตา หรือทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง (อบ.1) จำนวนเงินเอาประกันภัย 10,000 บาท/คน หรือกรณีเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนเป็นเหตุให้เสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าวหรืออยู่ในภาวะโคม่าจนเสียชีวิต เป็นจำนวนเงินเอาประกันภัย 1,000,000 บาท/คน

ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องส่งหลักฐานดังต่อไปนี้ให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเสียชีวิต หรือแพทย์ลงความเห็นว่าทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง หรือสูญเสียอวัยวะโดยค่าใช้จ่ายของตนเอง หรือของผู้รับประโยชน์

 1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนที่สมาคมประกันวินาศภัยไทยกำหนด
 2. ใบมรณบัตร หรือใบรายงานแพทย์ที่ยืนยันการทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ (กรณีทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิงหรือสูญเสียอวัยวะ)
 3. สำเนารายงานชันสูตรพลิกศพ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดีหรือหน่วยงานที่ออกรายงาน (กรณีเสียชีวิต)
 4. สำเนาบันทกประจำวันของตำรวจ รับรองโดยร้อยเวรเจ้าของคดี (กรณีเสียชีวิต)
 5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ “ตาย” ของผู้ได้รับความคุ้มครอง (กรณีเสียชีวิต)
 6. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์
 7. เอกสารอื่นๆ ที่บริษัทเรียกร้องเพิ่มเติมตามความจำเป็น (ถ้ามี)

การไม่ส่งหลักฐานภายในระยะเวลาดังกล่าวไม่ทำให้สิทธิในการเรียกร้องเสียไป หากแสดงให้เห็นได้ว่า มีเหตุอันสมควรที่ไม่สามารถส่งหลักฐานดังกล่าวได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด แต่ได้ส่งโดยเร็วที่สุด เท่าที่จะกระทำได้

** พร้อมกันนี้ กรุณารับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ **

กรอกข้อมูลด้านล่างนี้

ข้าพเจ้าประสงค์ขอรับค่าสินไหมทดแทนโดย

โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคาร (หากมีค่าใช้จ่ายใด ๆ เกิดขึ้นให้ ถือเป็นภาระรับผิดชอบของข้าพเจ้า)

ประเภทบัญชี: ออมทรัพย์ (เท่านั้น)

ชื่อธนาคาร สาขา

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี.....

** พร้อมกันนี้ กรุณาถ่ายสำเนาสมุดคู่ฝากธนาคาร และรับรองสำเนาถูกต้องแนบมาด้วยทุกครั้ง **

กรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครองเรียกร้องเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนในข้อ 2 สมาคมฯ จะพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนไปยัง
ผู้รับประโยชน์ที่ระบุ ทายาทโดยธรรม หรือผู้ที่ศาลแต่งตั้งเป็นผู้จัดการมรดก

- หมายเหตุ:
1. สมาคมฯ ในนามผู้บริหารโครงการฯ แทนบริษัทที่รับประกันภัยร่วม จะพิจารณาการจ่ายค่าสินไหมทดแทนเฉพาะกรณีที่ผู้ได้รับความคุ้มครอง ผู้รับผลประโยชน์ หรือผู้แทนทำการแทนแนบเอกสารประกอบการพิจารณาครบถ้วนแล้วเท่านั้น
 2. การจ่ายค่าสินไหมทดแทนจะเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย

เอกสารประกอบการขอรับค่าสินไหมทดแทน

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
2. สำเนาบัตรประชาชน
3. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร
4. ใบรับรองแพทย์
5. ใบผลการตรวจวิเคราะห์ ที่ระบุค่า N gene
6. ใบตรวจรักษา (IN-PATIENT SUMMARY)

หมายเหตุ : กรุณารับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ