

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

กรมธรรม์เลขที่
Contract No.

วันที่/Date _____

บริษัท
Company Name _____

หมายเลขโทรศัพท์ที่สะดวกในการติดต่อ
Telephone No. _____

ขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลตามเอกสารและใบเสร็จรับเงินดังนี้
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/ช ออมทรัพย์เท่านั้น)
Bank Account (Saving only) _____

วิธีจัดส่งเอกสาร/ Document Method

มารับด้วยตัวเอง/ Walk in ตัวแทนหรือนายหน้า/ Agent or Broker

ส่งทางไปรษณีย์/ Post Mail ที่อยู่/ Address _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ โรงพยาบาล คลินิก โดยบุคคลใดหรือสถานพยาบาลใด ที่ข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครอง ได้รับการสังเกตการณ์ หรือตรวจรักษา หรือบริษัทประกันภัยอื่นใด หรือองค์กรที่มีบันทึกหรือข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครองไม่ว่าด้วยเหตุใด ได้ให้รายละเอียดทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น รวมถึงประวัติสุขภาพในอดีตทั้งหมดกับ บupa สำนักงานกรมอภัยอาชญากรรมให้ผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครอง ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตามที่ได้รับการร้องขอในแบบฟอร์มการเรียกร้องเงินคืน บupa จะไม่สามารถรับและพิจารณาเงินคืนดังกล่าวได้ ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและ/หรือสมาชิกผู้ได้รับความคุ้มครองซึ่งมีการบันทึกหรือควบคุมโดย บupa ได้มีการจัดให้ ครอบคลุม ใช้ และเปิดเผยโดย บupa หรือบุคคลใด องค์กรซึ่งเกี่ยวข้องซึ่งกับ บupa ตัวแทนหรือนายหน้าที่ได้รับการแต่งตั้ง (ถ้ามี) หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ได้รับการคัดเลือก (ทั้งภายในและภายนอกประเทศไทย รวมถึงบริษัทประกันภัยของบริษัทตรวจสอบด้านสินไหม และสมาคมด้านประกัน) เพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาเงินคืนตามแบบฟอร์มนี้ และให้บริการต่อเนื่อง และก้าววิเคราะด้านสินไหม หรือให้ข้อมูลสินค้าและบริการด้านประกันอื่นๆ การตลาดทางตรง การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเพื่อติดต่อแจ้งข่าวสารต่อข้าพเจ้า

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 thereof 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.

กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชนและสำเนามatricสมาชิกบupa มาด้วย
Please copy your Identification and Bupa member card.

ลงชื่อ
Signature Name _____

ผู้เอาประกันภัย
Insured _____

Bupa Claim Reimbursement Procedure

ขั้นตอนการรับเงินค่าสินไหม

กรุณาตรวจสอบเอกสารตามรายการด้านล่างให้ครบถ้วนก่อนจัดส่ง

- ระบุรายละเอียดในแบบฟอร์มการเรียกร้องสิทธิรักษาพยาบาลให้ครบถ้วน และเซ็นชื่อรับทราบข้อตกลง พร้อมแนบสำเนามatricสมาชิก
- ใบรายงานแพทย์ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษาทั้งหมด
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ที่แสดงรายการค่าใช้จ่าย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้
 - วันที่ทำการรักษา
 - ชื่อผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกกับบupa
 - ค่ารักษาพยาบาล (Breakdown of charges)

แต่หากสมาชิก ได้รับกระดาษได้จากสวัสดิการของรัฐหรือสวัสดิการอื่นใดมาแล้วก่อน ให้สมาชิก ส่งสำเนาใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายจากสวัสดิการนั้น เพื่อเรียกร้องส่วนที่ขาดจากบupa ได้

- กรุณาแนบใบยืนยันสิทธิ์หรือใบรับรองผลประโยชน์คุ้มครอง (Pre-authorization confirmation) ที่ออกให้โดยบupa (ถ้ามี)
- กรุณาระบุในแบบฟอร์มการเรียกร้องสิทธิรักษาพยาบาล กรณีที่ท่านต้องการรับเอกสารคืน โดยบupa จะคืนต้นฉบับใบเสร็จที่รับรองยอดเงินที่จ่ายไป เพื่อให้สมาชิกนำไปเรียกร้องส่วนที่ขาดจากผู้รับประกันรายอื่น

หมายเหตุ:

ท่านจะต้องดำเนินการเรียกร้องค่าชดเชยภายใน 90 วันหลังจากได้รับการรักษา การส่งเอกสารล่าช้าเกินกว่ากำหนดอาจเป็นเหตุให้เสียสิทธิ์ในการเรียกร้อง หากไม่สามารถแสดงให้เห็นได้ว่ามีเหตุอันสมควร

Claims Procedures

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

- Sign and complete this claim form and attach a copy of Bupa member card.
- Medical certificate signed by the treating doctor stating the symptoms, diagnosis and the treatment given.
- Original receipts must clearly indicate the following information and be signed/ stamped by the attending physician:
 - Treatment date
 - Name of patient
 - Breakdown of charges.

The receipt may be returned to the Covered Person on request. If the original receipt has been submitted to another third party for part payment of a claim the Company will accept a copy provided that the third party authenticates the receipt as being original and indicates the amount which has been paid to the Covered Person by the third party.
- Attach Pre-authorization confirmation, if applicable
- Specify in the claim form if you require us to return the certified true copy of receipt(s).

Remarks:

Please note that the supportive documents for claim reimbursement must be submitted within 90 days after discharge from hospital. After that time we cannot guarantee payment.

ท่านสามารถส่งหลักฐานประกอบการเรียกร้องอย่างสมบูรณ์ด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ลงทะเบียน มายังฝ่ายชดเชยสินไหมทดแทน บริษัท บupa ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) Please send this completed claim form with the attachment(s) by yourself or registerd post to Claims Dept., Bupa Health Insurance (Thailand) Public Company Limited.