



คู่มือการเรียกร้องค่าสินไหม

ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม



สำหรับผู้ขอสินเชื่อบริการยานยนต์กับ บริษัท เอส 11 กรุ๊ป จำกัด (มหาชน)
ผ่านการให้บริการของบริษัท เฮลท์ เบนนิฟิท คอนซัลแทนส์ จำกัด



เกิดอุบัติเหตุแล้วต้องทำอะไร?

กรณีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล/คลินิกเครือข่าย



ยื่นบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทาง
 แจ้งชื่อบริษัทนวกิจประกันภัย (HBC) ต่อเจ้าหน้าที่



เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ตรวจสอบวันที่กรมธรรม์เริ่ม - สิ้นสุดความคุ้มครอง
 และวงเงินความคุ้มครอง (ต่ออุบัติเหตุ)



รับการรักษาพยาบาล



รายชื่อโรงพยาบาล คลินิก

แบบผู้ป่วยนอก (OPD) *กลับบ้าน*

- แพทย์ให้การรักษา
- ทำแผล
- รับยารับประทาน
- หน้าที่ที่ท่านต้องดำเนินการ คือ เขียนชื่อรับรองสำเนาถูกต้องบนสำเนาบัตรประชาชน หรือหนังสือเดินทาง แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ใบแจ้งยอดค่ารักษาพยาบาล ชำระเงินส่วนที่เกินจากวงเงินความคุ้มครอง (ถ้ามี)



แบบผู้ป่วยใน (IPD) *นอนโรงพยาบาล*

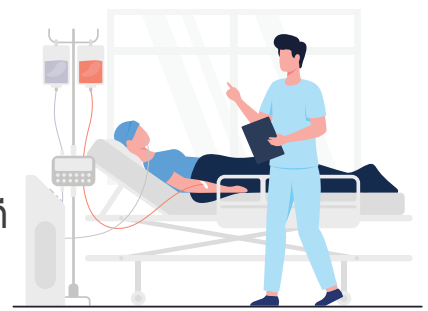
- แพทย์ให้การรักษา
- นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล
 ในวันแรกของการเข้ารับรักษา หน้าที่ที่ท่านต้องดำเนินการ คือ เขียนชื่อรับรองสำเนาถูกต้องบน สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทาง พร้อมทั้งเอกสารขอรับรองสิทธิเข้ารับการรักษาแบบ ผู้ป่วยใน (เจ้าหน้าที่ รพ.จัดเตรียม)
- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลติดต่อบริษัทฯ เพื่อตรวจสอบสิทธิประโยชน์ วงเงินความคุ้มครอง (คุ้มครอง/ปฏิเสธ)
- แจ้งผลการพิจารณา ผ่าน 

ระหว่างการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อคลายความกังวล เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ท่านสามารถร้องขอให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ประเมินค่ารักษาพยาบาล พร้อมทั้งแจ้งให้ บริษัทฯ พิจารณาความคุ้มครองในเบื้องต้นได้

- เมื่ออาการบาดเจ็บดีขึ้น แพทย์ผู้ตรวจรักษาอนุญาตให้ท่านกลับไปรักษาตัวที่บ้าน
 1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จัดเตรียมแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ค่ารักษาพยาบาล และสลิปกรรมอุบัติเหตุ มาให้ท่านกรอกรายละเอียด และลงลายมือชื่อ
 2. ใบรับรองแพทย์ผู้รักษาพยาบาล
 3. เอกสารสรุปค่าใช้จ่ายการเข้าพักรักษาพยาบาลของท่าน
 4. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล รวบรวมเอกสาร ข้อ 1, 2 และ 3 ส่งให้บริษัทฯ พิจารณาค่าใช้จ่ายส่วนที่อยู่ในความคุ้มครองของบริษัทฯ และมีค่าใช้จ่ายส่วนใดหรือไม่ที่ท่านต้องรับผิดชอบ (เกินจากวงเงินความคุ้มครอง)
 5. กรณีข้อมูลประกอบการพิจารณาไม่ครบถ้วน บริษัทฯ อาจมีการร้องขอเพิ่มเติมจากทางโรงพยาบาล
 6. จากข้อ 4 หากมีจำนวนค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ท่านต้องรับผิดชอบท่านต้องชำระตรงให้กับทางโรงพยาบาล (โรงพยาบาลจะออกใบเสร็จรับเงินให้กับท่าน)

ระยะเวลาในการพิจารณาสิทธิประโยชน์

ยืนยันจำนวนค่ารักษาพยาบาลภายใต้วงเงินความคุ้มครอง ประมาณ 30 นาที (นับจากที่บริษัทฯ ได้รับข้อมูลการรักษาครบถ้วน)



แจ้งผลการพิจารณา
ผ่าน SMS



สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ติดตามผลการพิจารณา
02-612-8977 24 ชั่วโมงทุกวัน

ระยะเวลาข้างต้นไม่รวมการสรุปค่าใช้จ่าย จัดทำเอกสารเพื่อให้ท่านลงลายมือชื่อรับทราบ จำนวนค่ารักษาพยาบาล การจัดยารับประทาน การออกใบเสร็จรับเงินกรณีชำระส่วนเกินวงเงินความคุ้มครอง

กรณีเข้ารับการรักษานอกโรงพยาบาล/คลินิกเครือข่าย

1. ท่านต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด และนำหลักฐานส่งมายังบริษัทฯ เพื่อประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน เอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน
2. กรณีเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล สำหรับการบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุ
 - 2.1 แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
 - 2.2 ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ โดยระบุรายละเอียดค่ารักษาพยาบาล
 - 2.3 ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุอาการ การบาดเจ็บ การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล
 - 2.4 สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนานักสืบเดินทาง ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
 - 2.5 สำเนาหน้าสมุดบัญชีผู้เอาประกัน (ยกเว้นบัญชี E Saving, บัญชีเงินฝากประจำ) ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
3. กรณีที่เรียกร้องชดเชยรายได้ต่อวัน ระหว่างการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลสำหรับการบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุ
 - 3.1 แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
 - 3.2 สำเนาใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ หรือสำเนาใบแจ้งหนี้ โดยระบุรายละเอียดค่ารักษาพยาบาล
 - 3.3 ใบรับรองแพทย์ที่ระบุอาการ การบาดเจ็บ การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล
 - 3.4 สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนานักสืบเดินทาง ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
 - 3.5 สำเนาหน้าสมุดบัญชีผู้เอาประกัน (ยกเว้นบัญชี E Saving, บัญชีเงินฝากประจำ) ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
4. กรณีชดเชยรายได้ (ต่อสัปดาห์) กรณีทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง
 - 4.1 แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
 - 4.2 สำเนาใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ หรือสำเนาใบแจ้งหนี้ โดยระบุรายละเอียดค่ารักษาพยาบาล
 - 4.3 ใบรับรองแพทย์ที่ระบุอาการ การบาดเจ็บ การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล
 - 4.4 สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนานักสืบเดินทาง ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
 - 4.5 สำเนาหน้าสมุดบัญชีผู้เอาประกัน (ยกเว้นบัญชี E Saving, บัญชีเงินฝากประจำ) ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง

กรณีที่เรียกร้องค่าสินไหมทดแทนในส่วนของทุพพลภาพหรือสูญเสียอวัยวะ

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
2. ใบรับรองแพทย์ซึ่งระบุ การวินิจฉัยและการรักษา
3. ประวัติการรักษาทั้งหมดของผู้ป่วย รวมทั้งผลการตรวจวิเคราะห์ต่าง ๆ เช่น Lab, X-Ray ฯลฯ
4. รูปภาพผู้บาดเจ็บ (ถ่ายเต็มตัว รวมทั้งให้เห็นส่วนของอวัยวะที่ตัดไป)
5. สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนานักสืบเดินทาง ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
6. สำเนาหน้าสมุดบัญชีผู้เอาประกัน (ยกเว้นบัญชี E Saving, บัญชีเงินฝากประจำ) ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
7. ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม ที่ลูกค้าลงนามวันเริ่มเอาประกันภัย

กรณีเรียกร้องค่าปลงศพ (จากความเจ็บป่วย)

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (กรอกโดยผู้รับผลประโยชน์)
2. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทาง และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ “ตาย” ของผู้เอาประกันภัยลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์
3. สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทาง และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาใบมรณะบัตร
5. ใบรับรองแพทย์ซึ่งระบุ การวินิจฉัย และการรักษา
6. หนังสือรับรองยอดหนี้ออกโดย บริษัท เอส 11 กรุ๊ป จำกัด (มหาชน)
7. สำเนาหน้าสมุดบัญชีของผู้รับผลประโยชน์ (ยกเว้นบัญชี E Saving, บัญชีเงินฝากประจำ) ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
8. ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม ที่ลูกค้าลงนามวันเริ่มเอาประกันภัย

กรณีเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุ

1. แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน (กรอกโดยผู้รับผลประโยชน์)
2. สำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทาง และสำเนาทะเบียนบ้านประทับ “ตาย” ของผู้เอาประกันภัยลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับผลประโยชน์
3. สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาหนังสือเดินทาง และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับผลประโยชน์ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาใบมรณะบัตร
5. สำเนาหนังสือรับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล
6. สำเนาใบชันสูตรศพ
7. สำเนาใบบันทึกรายละเอียดการชันสูตรพลิกศพนิติเวช (ถ้ามี)
8. สำเนาใบมรณะบัตร
9. สำเนาหนังสือรับรองการเสียชีวิตของโรงพยาบาล
10. หนังสือรับรองยอดหนี้ออกโดย บริษัท เอส 11 กรุ๊ป จำกัด (มหาชน)
11. สำเนาหน้าสมุดบัญชีของผู้รับผลประโยชน์ (ยกเว้นบัญชี E Saving, บัญชีเงินฝากประจำ) ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง
12. ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม ที่ลูกค้าลงนามวันเริ่มเอาประกันภัย

ขั้นตอนการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

1. กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมให้ครบถ้วน
2. เตรียมเอกสารให้ครบถ้วน
3. ส่งเอกสารมายังบริษัทฯ
4. เจ้าหน้าที่พิจารณาเงื่อนไขความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. จ่ายค่าสินไหมทดแทน ในกรณีที่คุณสามารถทำตามเงื่อนไขกรมธรรม์ประกันภัย

ระยะเวลาการชดเชยสินไหมทดแทน

บริษัทฯ จะชดเชยค่าสินไหมภายใน 15 วันนับจากวันที่ทางบริษัทฯ ได้รับเอกสารครบถ้วน สมบูรณ์เพียงพอต่อการพิจารณา และไม่เกิน 90 วันในกรณีที่ต้องมีการตรวจสอบประวัติเพิ่มเติม

ช่องทางการส่งเอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

🏠 ฝ่ายสินไหมทดแทน บริษัท เฮลท์ เบนนิฟิต คอนซัลแทนส์ จำกัด (บมจ.นวกัษประกันภัย)
849 อาคารวรวัฒน์ ชั้น 19 ห้อง 1901 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก
กรุงเทพมหานคร 10500

ช่องทางการรับค่าสินไหมทดแทน

💻 โอนเข้าบัญชีธนาคารของผู้อุบัติภัย หรือผู้รับผลประโยชน์ตามที่ระบุไว้ในกรมธรรม์

ช่องทางในการติดต่อ

☎ สอบถามโทร 02-612-8977 ตลอด 24 ชั่วโมง