

ส่วนที่ 1 Admission (Form A) () Day surgery

ถึง	☐ Fax Claim Service (FCS)	จาก
ตอนที่ 1 สำหรับผู้ป่วยประกัน		

ชื่อ-สกุล.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ.....
 อาชีพ..... () บัตรประชาชน () อื่นๆ (ระบุ).....เลขที่บัตร.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....
 เลขที่กรมธรรม์.....ใบรับรอง เลขที่.....
 บริษัทประกันอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ).....เลขที่กรมธรรม์.....

กรณีอุบัติเหตุส่วนบุคคล เลขที่กรมธรรม์.....ลำดับที่ (ถ้ามี).....
 จากการศึกษาเหตุครั้งนี้
 () ไม่เคยรักษาที่ใด () เคยรักษาที่.....เมื่อ.....โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาไปแล้วเป็นจำนวนเงิน.....บาท
 วันที่เกิดอุบัติเหตุ.....เวลา.....สถานที่เกิดเหตุ.....
 สาเหตุของอุบัติเหตุ.....
 ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ, ลักษณะบาดเจ็บ.....

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอม ให้บริษัทฯ จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทฯ จะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทฯ ได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทฯ ภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าว

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้ทำการตรวจหรือรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค โภชเภสัชหรือการรักษารวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัทฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าแล้ว จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย วันที่..... พยาน..... พยาน.....
 (.....) กรณีเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์ (.....) (.....)

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอม ให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ได้ทำการตรวจหรือรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งผลการตรวจเกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV/AIDS) ต่อบริษัท..... หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย วันที่..... พยาน..... พยาน.....
 (.....) กรณีเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์ (.....) (.....)

ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

Physician's Name..... Medical Specialty..... Medical License No..... Admission Date.....Time..... Underlying condition..... H.N.....A.N..... Provisional Diagnosis..... Vital signs T.....BP.....P.....RR..... Chief complaint/duration..... Indication for Admission..... Present illness or cause of injury.....	Plan of Treatment..... Previous treatment for this illness or injury (Date & Place)..... Expected Length of stay.....day(s) Others..... () Private case () Hospital case The illness directly related to an accident () No () Yes If yes, date..... Time..... The illness or injury influenced by alcohol or drug addict () No () Yes () Unknown Signature..... Date.....
--	---

ตอนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

บริษัทฯได้พิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับ ขอเรียนว่า () ยืนยันสิทธิ์เบื้องต้น (*ทางบริษัทฯขอสงวนสิทธิ์การจ่ายถ้าสภาวะไม่ได้รับความคุ้มครองตามสัญญา)
 () ไม่สามารถใช้สิทธิ์ได้เนื่องจาก..... () อื่น ๆ.....
 ลงชื่อ.....ผู้พิจารณา บริษัทฯ.....วันที่.....เวลา.....