

**Admission Notification Form (all cases)**

Hospital Name.....

Company Name.....

 Individual Insurance Group Insurance**Part A****สำหรับผู้เอาประกันภัย**

- ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย : ..... เพศ : ชาย หญิง เลขประจำตัวประชาชน : .....  
วันเดือนปี เกิด : ..... อายุ : ..... ปี ..... เดือน ..... อาชีพ : .....  
โทรศัพท์มือถือ : ..... โทรศัพท์บ้าน : ..... อีเมล : .....  
ที่อยู่ปัจจุบัน : .....
- กรมธรรม์เลขที่ : .....  
มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่น ๆ หรือไม่ ไม่มี มี บริษัท : ..... กรมธรรม์เลขที่ : .....
- สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้  
เจ็บป่วย อาการ : ..... ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : .....  
สถานพยาบาลที่เคยรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : ..... วันที่เข้ารับการรักษา : .....  
บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ : ..... เวลา : ..... สถานที่เกิดเหตุ : .....  
สาเหตุของการบาดเจ็บ : .....  
ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ : .....
- สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ไม่เคยรักษาที่ใด เคยรักษาที่ ..... เมื่อ : .....  
โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน ..... บาท

**หนังสือให้ความยินยอม**

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ศาสนา (ถ้ามี) และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้อีกครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ศาสนา (ถ้ามี) และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าชดเชยจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ และข้าพเจ้าได้รับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของ บริษัทเมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) แล้ว จึงให้ความยินยอม

**หมายเหตุ :**

- \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
- \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์มากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปี บริษัทจะให้บิดา/มารดา ผู้ปกครองที่ขอด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
- \* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

กรมธรรม์ประกันภัยเมืองไทยประกันชีวิต



ผู้เอาประกันภัย : ..... วันที่ : ..... พยาน : ..... พยาน : .....  
(.....) ความสัมพันธ์ : ..... (.....) (.....)

ผู้ให้ความยินยอม : ..... ในฐานะ  บิดา/มารดา  
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

**For Hospital**

- Visit date : ..... Time : ..... Vital signs : T : ..... P : ..... R : ..... BP : .....
- Chief complaint and duration : .....
- Present illness or cause of injury : .....  
.....
- Physical exam : .....
- Previous treatment for this illness or injury (Date & Place) : .....
- Is the illness related to : (please tick  if yes)  
 Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage  Congenital / Hereditary disease  
 Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder  Influence of Drugs / Alcohol  
 Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction  AIDS  
 An accident; Date of accident : ..... Time : .....
- Underlying condition : .....
- Provisional diagnosis : ..... AdjRW=.....
- Can the condition be managed under Out Patient basis  Yes  No  
(If No please provide more information) .....
- Reasons of admission .....
- Plan of treatment .....

Physician's name ..... Medical license No. .... Specialty .....

(.....) Date. ....