

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนผู้ป่วยนอก Outpatient (OPD) and Accident Claim Form

Hospital Name.....

Company Name.....

Individual Insurance

Group Insurance

Part A

สำหรับผู้เอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย : เพศ : ชาย หญิง เลขประจำตัวประชาชน :
 วันเดือนปีเกิด : อายุ : ปี เดือน อาชีพ :
 โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์บ้าน : อีเมล :
 ที่อยู่ปัจจุบัน :
- กรมธรรม์เลขที่ :
 มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่น ๆ หรือไม่ ไม่มี มี 1. บริษัท : กรมธรรม์เลขที่ :
 2. บริษัท : กรมธรรม์เลขที่ :

หนังสือให้ความยินยอม

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

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

กรณีที่เกี่ยวข้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้ออกความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเมืองต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ
 ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ และข้าพเจ้าได้รับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทแห่งประเทศไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) แล้ว จึงให้ความยินยอม

หมายเหตุ :

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



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

ผู้ให้ความยินยอม : ในฐานะ บิดา/มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

For Hospital

- Visit date : **วันที่เข้ารับการรักษา** Time : Vital signs : T : P : R : BP :
- Chief complaint and duration : **อาการนำที่มารโรงพยาบาล**
- Present illness or cause of injury : **ประวัติการเจ็บป่วยคร่าวๆ**
- An accident; Date of accident : **กรณี อุบัติเหตุ ใส่วันที่เกิดเหตุ** Time : Place.....
- Physical exam : **ตรวจร่างกาย พอสั่งเชป เน้น Positive finding**
- Is the illness related to : (please tick if yes)

<input type="checkbox"/> Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage	<input type="checkbox"/> Congenital / Hereditary disease
<input type="checkbox"/> Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder	<input type="checkbox"/> Influence of Drugs / Alcohol
<input type="checkbox"/> Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction	<input type="checkbox"/> AIDS
- Underlying condition : **โรคประจำตัวผู้ป่วย**
- Diagnosis : **สรุปการวินิจฉัยตาม ICD 10**
- Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.)..... **การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พอสั่งเชป**
- Treatment **การรักษา ชื่อยาที่ให้ คำแนะนำ หรือหัตถการ ตาม ICD9**

Physician's name **ลายเซ็นดี** Medical license No. **ต้องใส่เลข ว. ทุกครั้ง** Specialty
 (.....) **บิมชื่อแพทย์** Date.

Remark : Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Thai Medical Council