

โรงพยาบาล โทรสาร ห้อง ชื่อผู้ส่ง

ตอนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-สกุล วันเดือนปีเกิด / / อายุ ปี เพศ บัตรประชาชน/อื่น (ระบุ)
 ที่อยู่ โทรศัพท์ เลขที่บัตร
 เลขที่กรมธรรม์ ใบรับรองเลขที่
 บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ) เลขที่กรมธรรม์

กรณีอุบัติเหตุส่วนบุคคล วันที่ได้รับบาดเจ็บ เวลา สถานที่เกิดเหตุ
 สาเหตุของการบาดเจ็บ
 การเกิดเหตุครั้งนี้ ไม่เคยรักษาที่ใด เคยรักษาที่ เมื่อ โดย ชำระเงินเอง หรือ ใช้สิทธิไปแล้ว เป็นจำนวนเงิน บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ บริษัทประกันภัย หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาล ความพิการ พหุพิการทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม หรือเชื้อชาติของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยได้

ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาล ความพิการ พหุพิการทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม หรือเชื้อชาติของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต ผู้แทนของบริษัท ผู้ถือกรมธรรม์ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณาปรับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อการขอเอาประกันภัยในอนาคต หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่มีการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผ่านสถานพยาบาลข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ได้เข้ารับการรักษาโดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์โดยชอบแล้วตามข้อกำหนด และเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่าบริษัทสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านสถานพยาบาลหากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์อยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระจำนวนดังกล่าวทั้งหมดคืนให้แก่บริษัท ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับค่าบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำนักงานหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามหนังสือฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้เอาประกันภัย (ลงชื่อ) พยาน
 (.....)
 วันที่
 (ลงชื่อ) ผู้ให้ความยินยอม (ลงชื่อ) พยาน
 (.....)
 ในฐานะ บิดา / มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรม
 วันที่

หมายเหตุ : 1. การลงลายมือชื่อ (กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)
 1.1 ผู้เยาว์มีอายุตั้งแต่ 10 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แต่ไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ ผู้เยาว์และบิดา/มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ลงนามให้ความยินยอมร่วมกัน
 1.2 ผู้เยาว์มีอายุไม่เกิน 10 ปีบริบูรณ์ ลงนามให้ความยินยอมโดยบิดา/มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม
 2. การลงลายมือชื่อโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงลายมือชื่อรับรอง 2 ท่าน

ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

Physician Information
 Physician's Name Medical Specialty Medical License No.

Patient Information
 Admission Date Time
 H.N. A.N.
 Vital Signs T : BP: P: R :
 Chief complaint / duration
 Present illness or Cause of injury

Previous treatment for this illness or injury (Date & Place)
 Underlying condition
 Provisional Diagnosis
 Indication for Admission
 Plan of Treatment
 Expected length of stay (days)
 Others
 Private case Hospital case
 Signature

Is the illness related to: (please tick if yes)
 Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage
 Congenital / Hereditary disease Influence of Drugs / Alcohol
 Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder AIDS
 Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction
 An accident; Date of accident: Time:
 None of above

ตอนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

บริษัทได้พิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับ ยืนยันสิทธิเบื้องต้น (ทางบริษัทขอสงวนสิทธิ์การจ่าย ถ้าสภาวะไม่ได้รับความคุ้มครองตามสัญญา)
 ขอเรียนว่า ไม่สามารถให้บริการได้ ไม่มีสัญญาค่ารักษาพยาบาล สัญญาขาดผลบังคับ เป็นข้อยกเว้นตามเงื่อนไขกรมธรรม์
 เนื่องจาก อายุสัญญาอยู่ในระยะเวลาที่ยังไม่สามารถใช้สิทธิ สัญญาอยู่ในระยะเวลาผ่อนผันการชำระเบี้ย / รอผลการหักบัญชีผ่าน
 ขอพิจารณาร่วมส่วนที่ 2 (Form B) ธนาคาร อื่น ๆ.....
 ลงชื่อ ผู้พิจารณา วันที่ เวลา