

แบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD)



30010002



เลขที่บัตรประชาชน ----

กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และส่งคืนบริษัท พร้อมแนบใบสรุปรายการค่ารักษาและใบเสร็จของโรงพยาบาลภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาล

รับเงินค่าสินไหมเร็วขึ้น เพียงท่านสมัครใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร
*ดาวน์โหลดแบบฟอร์มผ่าน www.azay.co.th หรือขอรับแบบฟอร์มที่ เซอร์วิส เซ็นเตอร์ทุกสาขา

รู้ผลการพิจารณาสินไหม และข้อมูลข่าวสารจากบริษัท ก่อนใคร ง่ายๆ เพียงท่านระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลลงในแบบฟอร์มนี้

เลขที่กรมธรรม์ _____
 ชื่อผู้นำส่ง _____ โทรศัพท์ _____ วันนำส่ง _____
 ชื่อตัวแทน | ผู้บริหารตัวแทน | นายหน้า _____ รหัส _____ โทรศัพท์ _____
 หน่วย | เขต | ภาค | ธนาคาร _____ สาขา _____ โทรสาร _____

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย _____ วัน เดือน ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี
 เพศ ชาย หญิง ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อหมู่บ้าน | อาคารชุด _____ เลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____
 ถนน _____ แขวง | ตำบล _____ เขต | อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
 โทรศัพท์บ้าน _____ โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____
 สาเหตุเนื่องจาก เจ็บป่วย อุบัติเหตุ (ระบุวันที่เกิดอุบัติเหตุ) _____ อื่นๆ (ระบุ) _____
 ขอส่งเอกสารเพื่อประกอบการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	วันที่รับการรักษา	เลขที่ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ	จำนวนเงิน	ใบรับรองแพทย์	
				มี	ไม่มี

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัย ขอรับรองว่าการเจ็บป่วยและเอกสารประกอบการพิจารณาถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทฯ ทำการเปลี่ยนแปลงที่อยู่เป็นที่อยู่ปัจจุบันตามที่ระบุข้างต้นในกรมธรรม์ดังต่อไปนี้
 1. _____ 2. _____ 3. _____
 หมายเหตุ : เอกสารสินไหมจะส่งไปยังที่อยู่ล่าสุดที่ท่านได้แจ้งการเปลี่ยนแปลงไว้กับบริษัทฯ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย วันที่ _____
 (_____) "กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์"

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้าตกลงมอบเงินค่าให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่าผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย วันที่ _____
 (_____)

ส่วนนี้ใช้เฉพาะกรณีที่ตัวแทนได้สำรองเงินให้ผู้เอาประกันภัย หรือผู้ปกครองไปแล้วเท่านั้น

ใบมอบฉันทะให้รับเงินแทน
 ข้าพเจ้า _____ ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____
 ขอมอบให้ _____ รับเงินหรือโอนเงินค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาเพิ่มเติมผู้ป่วยนอกจาก บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต
 จำนวน _____ บาท แทนข้าพเจ้า โดยเสมือนข้าพเจ้ารับเงินด้วยตนเอง
 ลงชื่อ _____ ผู้มอบฉันทะให้รับเงินแทน (ผู้เอาประกันภัยหรือผู้ปกครอง)
 (_____)
 ลงชื่อ _____ ผู้รับเงินแทน (ตัวแทนเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย)
 (_____) รหัสตัวแทน _____
 การ "มอบให้รับเงินแทน" จะทำได้เฉพาะในกรณีที่ตัวแทนเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย (บัตรตัวแทนยังมีผลบังคับ) ได้จ่ายเงินให้ผู้เอาประกันภัยไปก่อนเท่านั้น และใบมอบฉันทะนี้จะสมบูรณ์เมื่อมีลายเซ็นผู้มอบฉันทะให้รับเงินแทน และผู้รับเงินแทนครบถ้วนทั้ง 2 ช่อง

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name ID Card No

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sex : Male Female H.N.# A.N.# X.N.#

Consultation Date.....(OPD case) or Admission Date Time Discharge Date Time.....

For illness :

1. Date you first saw this patient for this illness ?.....

2. Chief complaint and duration of symptoms

3. In your opinion, how long should these symptoms persist for this illness.....

For Injury:

1. Date & Time of injury..... Date & Time you first saw this patient.....

2. Cause of injury.....

3. (Did you smell alcohol from the patient) ได้กลิ่นสุราจากผู้ป่วยหรือไม่ No Yes Not known

Level of consciousness Normal Confusion Drowsiness Semi-coma Coma

(Did the patient take any medication, drugs?) ผู้ป่วยกินยาหรือไม่ No Yes (ชื่อ/ชนิด ของยา.....) Not known

Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs) / nature of wound and injured organs.....

Past History / Underlying diseases.....

Investigations.....

Diagnosis 1. ICD10 Diagnosis 2. ICD10

Diagnosis 3. ICD10 Diagnosis 4. ICD10

Treatment.....

Surgery/Operation..... ICD-9CM or 10TM..... Date performed.....

Anesthesia type : GA LA Pathology report.....

Result / Complications.....

Is the illness related to alcohol , drug abuse or addiction ? No Yes

For Female : Was the patient pregnant at the time of treatment? No Yeswks (LMP.....)

Was the treatment related to infertility ? No Yes

HIV test Not done Done Result

Has the patient ever been treated by other doctors before? No Yes, please give name and address.....

Was the injury/illness contributed to or influenced by any of the following (e.g. Pre-existing weakness or extened period of disability)?

- a) Physical defects/congenital anomaly No Yes
- b) Unfavorable past medical history No Yes
- c) Degenerative change (s) No Yes
- d) A family history that increased the probability or severity of this disease No Yes
- e) Doctor's advice to have periodic " **Medical Screening** " for this disease of increased risk ? No Yes

If the answer is " **yes** " , please specify

Other past medical history :

Date	Sign & Symptom	Diagnosis	Treatment	Doctor / Hospital's Name

Other comments about the injury / illness.....

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.

Name of physician..... Specialty..... License No.....

Hospital Name..... Address..... Telephone No.....

Signature..... Date

(.....)

ข้อควรทราบ ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำการรับรองหรือเอกสารอื่นเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง