

บมจ. อยูธยา อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันชีวิต

แบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (IPD)

ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์ หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องกรอกแบบฟอร์มนี้ให้สมบูรณ์และส่งคืนมายังบริษัท พร้อมด้วยใบสรุปรายการค่ารักษาและใบเสร็จของโรงพยาบาล ภายใน 30 วันนับแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาล

1. ชื่อ - นามสกุลผู้เอาประกันภัย อายุ ปี เพศ ชาย หญิง
ที่อยู่

..... รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

2. ชื่อโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย

ชื่อของแผนกที่เข้ารับการรักษา

ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษาส่งผู้เอาประกันภัยขณะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

การวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล

ผู้เอาประกันภัยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ผ่าตัด ไม่ผ่าตัด

ผู้เอาประกันภัยได้รับการตรวจรายการต่อไปนี้หรือไม่ เอ็กซเรย์ ตรวจหัวใจ ตรวจเลือด

ตรวจสอบอื่น ๆ (โปรดระบุ)

3. การรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้มีสาเหตุมาจาก

อุบัติเหตุ อุบัติเหตุเกิดขึ้นเมื่อวันที่ เวลา สถานที่เกิดอุบัติเหตุ

ชื่อและที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์

โปรดระบุเหตุการณ์ที่เกิดอุบัติเหตุขึ้นโดยละเอียด

.....

ลักษณะของบาดแผล อาการ และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ

.....

ความเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย

อาการเหล่านี้เป็นมานานเท่าใดก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

รายละเอียดของการปรึกษาทางการแพทย์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

| รายละเอียดของการปรึกษาทางการแพทย์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ | วันที่ | ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ |
|---|--------|------------------------|
| แพทย์คนแรกและผู้เอาประกันภัยปรึกษา | | |
| แพทย์ที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล | | |
| แพทย์อื่น ๆ ที่ให้คำปรึกษา | | |
| แพทย์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการลักษณะเดียวกันนี้ในอดีต | | |

4. กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นสตรี ขณะที่เข้ารับการรักษาครั้งนี้ท่านมีครรภ์หรือไม่ มี เดือน ไม่มี

5. ข้าพเจ้าได้ทำประกันสุขภาพไว้กับ บมจ. อยูธยา อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันชีวิต และบริษัทหรือสถาบันที่ให้สวัสดิการรักษาพยาบาลอื่นดังนี้

| ชื่อบริษัท/สถาบัน | เลขที่กรมธรรม์ | กรมธรรม์ยังมีผลบังคับอยู่หรือไม่ |
|---|----------------|--|
| บมจ. อยูธยา อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันชีวิต | | <input type="checkbox"/> มีผลบังคับ <input type="checkbox"/> ไม่มีผลบังคับ |
| | | <input type="checkbox"/> มีผลบังคับ <input type="checkbox"/> ไม่มีผลบังคับ |
| | | <input type="checkbox"/> มีผลบังคับ <input type="checkbox"/> ไม่มีผลบังคับ |
| | | <input type="checkbox"/> มีผลบังคับ <input type="checkbox"/> ไม่มีผลบังคับ |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และทราบดีว่าหากข้อความไม่ตรงต่อความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วนอาจมีผลเสียต่อการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในและการพิจารณาต่อสัญญาประกันของบริษัทได้

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย วันที่

กรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถเซ็นชื่อในแบบฟอร์มนี้ได้ ให้ญาติหรือบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้เอาประกันภัยในระหว่างที่เจ็บป่วยเป็นผู้กรอกและเซ็นชื่อพร้อมระบุความสัมพันธ์ลงในแบบฟอร์มนี้

ใบมอบฉันทะ

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งถึงการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติของทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้าคือ บมจ. อยูธยา อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันชีวิต หรือผู้แทนของบริษัทฯ ก็ได้ อนึ่ง สำเนาสรุปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย วันที่

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name..... Age :years Sex : Male Female
 ID. No..... H.N.#..... A.N.#..... X.N.#.....
 Date admitted..... Time..... Date discharged..... Time.....

CHIEF COMPLAINT :

1. How long had the patient experienced the symptoms?..... days / weeks / years.
 2. How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation? days / weeks / years.
 3. Did you advise the patient to be admitted to the hospital? No Yes
 Indication for admission.....

4. Date first saw the patient for this illness / injury :
 5. (a) Present Illness / Details of Injury :
 (b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs)
 6. (a) Pertinent lab / Investigations :
 (b) HIV Test : Yes, result..... No.

7. Diagnosis 1 ICD 10 Diagnosis 2 ICD 10
 Diagnosis 3 ICD 10 (including principal / underlying conditions and complications)

8. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.) :
 (b) Operation : ICD 9 Pathology report :
 Surgeon's Name..... Specialty..... Date performed :
 (c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion. No Yes, please give detail

9. (a) Result of Treatment : Good Fair Poor (b) Possibility of recurrence? Yes No
 10. (a) Date of the last treatment / Follow up :
 (b) The patient's symptoms at the time of your last consultations / examination?.....
 11. Was the patient referred to you by other physician (s)? Yes No Doctor : Clinic / Hospital :

12. Was the injury / illness contributed to or influenced by any of the following (eg.Pre-existing weakness or extended 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 because of increased risk? No Yes
 If the answer is "yes", please specify

13. Other past medical history :

| Date | Diagnosis | Treatment | Duration | Doctor / Hospital's Name |
|------|-----------|-----------|----------|--------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

14. **FOR FEMALE** : Was the patient pregnant at the time of treatment? No Yes.....weeks (LMP :.....)
 : Was the treatment relate to infertility? No Yes.....

15. 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 ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดเชยค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกสถานหนึ่ง