

เลขที่บัตรประชาชน _____
เลขที่กรมธรรม์ _____

my allianz

สะดวกและรวดเร็ว

-
- เปิดคอมออนไลน์
-
-
- รับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร
-
-
- เปลี่ยนแปลงที่อยู่



โหลดเลย

ผู้เอาประกันต้องการเอกสารที่ส่งมาเรียกร้องสินไหมคืนหรือไม่
 ไม่ต้องการ ต้องการกรณี "ต้องการ" บริษัทจะจัดส่งเอกสารไปตามที่อยู่ของ
ผู้เอาประกันที่ระบุในแบบฟอร์มนี้

บริษัทจะจัดส่งเอกสารคืนเมื่อการพิจารณาสินไหมเสร็จสิ้น

ชื่อผู้นำส่ง _____ โทรศัพท์ _____ วันนำส่ง _____
ชื่อตัวแทน | ผู้บริหารตัวแทน | นายหน้า _____ รหัส _____ โทรศัพท์ _____1. 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 _____
บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ) _____ กรมธรรม์ของบริษัทอื่น _____
อาชีพและลักษณะงาน _____2. กรณีเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย _____
ระยะเวลาของอาการก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ _____
ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ _____ วันที่เข้ารับการรักษา _____
3. กรณีเกิดอุบัติเหตุ วันที่เกิดอุบัติเหตุ _____ เวลาเกิดเหตุ _____ น. สถานที่เกิดเหตุ _____
โปรดระบุลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด _____ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ _____
อาการปัจจุบัน _____
วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย _____ ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา _____ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และทราบดีว่า หากข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ครบถ้วนอาจมีผลต่อการเรียกร้องค่าทดแทน
อุบัติเหตุ คำรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทฯ ได้ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย
(_____)
วันที่ _____

**กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

ความยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย
หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย
เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยทั้งนี้
ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากมีการเพิกถอนความยินยอมนี้จะเป็นเหตุให้บริษัทไม่สามารถพิจารณาค่าสินไหมทดแทนหรือผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้าได้นอกจากนี้
ยังรับทราบว่าข้าพเจ้าสามารถรายละเอียดการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลได้จาก "คำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของอลิอันซ์ อยูดฮยา" ตาม QR code ข้างล่างนี้อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้
ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย
(_____)
วันที่ _____

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้ประกันเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name..... ID Card No

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

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

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

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?) ผู้ป่วยกินยามาหรือไม่ 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.ICD10Diagnosis 2. ICD10

Diagnosis 3.ICD10Diagnosis 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 ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาชีพ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ความประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจะต้องชดเชยค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง