



เลขที่บัตรประชาชน _____
เลขที่กรมธรรม์ _____

my allianz
สะดวกและรวดเร็ว
 เปิดเคลมออนไลน์
 รับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร
 เปลี่ยนแปลงที่อยู่

ดาวน์โหลดเลข

ผู้เอาประกันต้องการเอกสารที่ส่งมาเรียกเรื่องสินไหมคืนหรือไม่
 ไม่ต้องการ ต้องการ
กรณี "ต้องการ" บริษัทจะจัดส่งเอกสารไปตามที่อยู่ของผู้เอาประกันที่ระบุในแบบฟอร์มนี้
บริษัทจะจัดส่งเอกสารคืนเมื่อการพิจารณาสินไหมเสร็จสิ้น

ชื่อผู้นำส่ง _____ โทรศัพท์ _____ วันนำส่ง _____
ชื่อตัวแทน | ผู้บริหารตัวแทน | นายหน้า _____ รหัส _____ โทรศัพท์ _____

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 _____
กรณีเกิดอุบัติเหตุ วันที่เกิดอุบัติเหตุ _____ เวลาเกิดเหตุ _____ น. สถานที่เกิดเหตุ _____

ขอส่งเอกสารเพื่อประกอบการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	วันที่รับการรักษา	เลขที่ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ	จำนวนเงิน	ใบรับรองแพทย์	
				มี	ไม่มี

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัย ขอรับรองว่าการเจ็บป่วยและเอกสารประกอบการพิจารณาถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย
(_____)
วันที่ _____
"กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์"

ความยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากมีการเปิดเผยความยินยอมนี้ จะเป็นเหตุให้บริษัทไม่สามารถพิจารณาค่าสินไหมทดแทนหรือผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้าได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้าพเจ้าสามารถดูรายละเอียดการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลได้จาก "คำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของอลิอันซ์ อยุธยา" ตาม QR code ข้างล่างนี้



อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย
(_____)
วันที่ _____

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ 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?) 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 extended period of disability)?

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| a) Physical defects/congenital anomaly | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| b) Unfavorable past medical history | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| c) Degenerative change (s) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| d) A family history that increased the probability or severity of this disease | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| e) Doctor's advice to have periodic " Medical Screening " for this disease of increased risk ? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 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 ผู้ใดในการประกอบกรงานวิชาชีพ ทำสำรับรองหรือเอกสารอื่นเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง