

เลขที่บัตรประชาชน
เลขที่กรมธรรม์

my allianz
สละวงและรวดเร็ว
เปิดเคลมออนไลน์
รับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร
เปลี่ยนแปลงที่อยู่
ดาวน์โหลด
QR codes for App Store and Google Play
ต้องการเอกสารที่ส่งมาเรียกร้องสินไหมคืนหรือไม่
กรณีสั่งเอกสารไปให้
กรณีสั่งเอกสารไปให้

Form fields for name, address, and contact information.

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย
เพศ
ที่อยู่ปัจจุบัน
จังหวัด
รหัสนิติบุคคล

2. กรณีเจ็บป่วย
ระยะเวลาของอาการก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้
ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

3. กรณีเกิดอุบัติเหตุ
วันที่เกิดอุบัติเหตุ
เวลาที่เกิดเหตุ
สถานที่เกิดเหตุ
ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และทราบดีว่า หากข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ครบถ้วนอาจมีผลต่อการเรียกร้องค่าทดแทน

ลงชื่อ
ผู้เอาประกันภัย
วันที่

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย



อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้
ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ
ลงชื่อ
ผู้เอาประกันภัย
วันที่

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?) 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..... 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 | <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 ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง