

เลขที่บัตรประชาชน -
เลขที่กรมธรรม์

 สะดวกและรวดเร็ว <input checked="" type="checkbox"/> เบิกเคลมออนไลน์ <input checked="" type="checkbox"/> รับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร <input checked="" type="checkbox"/> เปลี่ยนแปลงที่อยู่	 	ต้องการเอกสารที่ส่งมาเรียกร้องสินไหมคืนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ <input type="checkbox"/> ต้องการ กรณี "ต้องการ" <input type="checkbox"/> ที่อยู่ของผู้เอาประกันที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ ให้ส่งเอกสารไปที่ <input type="checkbox"/> ตัวแทนที่ระบุในแบบฟอร์มนี้ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>
---	--	--

ชื่อผู้นำส่ง โทรศัพท์ วันนำส่ง
ชื่อตัวแทน | ผู้บริหารตัวแทน | นายหน้า รหัส โทรศัพท์

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกัน 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกัน ขอรับรองว่าการเจ็บป่วยและเอกสารประกอบการพิจารณาถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ


ลงชื่อ ผู้เอาประกัน
()
วันที่

**กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมกรรม และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบว่าหากมีการเพิกถอนความยินยอมนี้ จะเป็นเหตุให้บริษัทไม่สามารถพิจารณาค่าสินไหมทดแทนหรือผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้าได้ นอกจากนี้ ข้าพเจ้ายังรับทราบว่าข้าพเจ้าสามารถดูรายละเอียดการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลได้จาก “คำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของอลิอันซ์ อยุธยา” ตาม QR code ข้างล่างนี้

ลงชื่อ ผู้เอาประกัน
()
วันที่

 อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิ
ผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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 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 ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง