

Pre-arrangement Form

แผนกลูกค้าสัมพันธ์ Tel.02-232-8666 Fax.02-230-6556 / Pre-authorization Tel.02-677-0553 Fax.02-230-6553

วันที่แจ้ง..... Pre - arrangement No.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย

ชื่อ - นามสกุลวันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมายเลขโทรศัพท์.....หมายเลขบัตรประชาชน /พาสปอร์ต.....
 เลขที่กรมธรรม์..... Effective Date..... Expire Date.....
 บริษัทประกัน หรือ สิทธิการรักษาอื่นๆ (ถ้ามีโปรดระบุ).....เลขที่กรมธรรม์.....
 วดป. ที่ จะทำการรักษา..... ชื่อโรงพยาบาล.....
 เข้ารับการรักษาเรื่อง

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์/โรงพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดที่ทำการรักษาข้าพเจ้า แจ้งข้อมูลหรือเปิดเผยประวัติทางการแพทย์และบันทึกการตรวจรักษา ซึ่งรวมถึงโรคจิตประสาทและโรคติดเชื้อไวรัส โรคเอดส์ รวมทั้งสำเนาเอกสารทั้งหมดต่อ บริษัท อลิอันซ์ อยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน)หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย และให้ถือสำเนาใบยินยอมนี้มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ผู้เอาประกันยินดียินยอมและตกลงให้บริษัทสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันเข้าพักรักษาเสมือนหนึ่งได้จ่ายให้แก่ผู้เอาประกันตามข้อตกลงและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่า ผู้เอาประกันไม่มีสิทธิที่จะได้รับเงินตามกรมธรรม์นี้ไม่ว่าด้วยสาเหตุใด ๆ ผู้เอาประกันยินยอมชดใช้เงินที่บริษัทได้ทดลองจ่ายไปแล้วทั้งสิ้น คืนแก่บริษัทภายใน 7 วัน นับตั้งแต่วันที่รับคำบอกกล่าว และหากผู้เอาประกันมีสิทธิได้รับเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยอื่นใดจากบริษัท ผู้เอาประกันยินยอมให้หักเงินดังกล่าวได้ตามจำนวนนี้ หากไม่เพียงพอ ผู้เอาประกันจะนำมาชำระจนครบจำนวน

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย..... วันที่เวลา.....
 (.....)

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์

Physician's Name
 Medical Specialty..... Medical License No.

 Vital Signs T.....PR.....RR.....BP.....
 Chief complaint duration

 Underlying condition
 Present Illness or cause of injury
 Diagnosis
 Plan of Treatment

Procedure ICD9-CM
 Anesthesia type () GA () SB () LA () Others
 Pathological test
 Surgery type : Day case
 IPD case
 if yes please provide **indication for admission**.....

 Expected LOS Days Expected cost.....THB
 Signature.....Date.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ Allianz Ayudhya

จากการพิจารณาข้อมูลที่ได้รับ บริษัทฯขอเรียนว่า

- () ยืนยันสิทธิเบื้องต้น SURGERY _____ %
- () ไม่สามารถให้บริการได้เนื่องจาก

Attending physician summary และ Invoice มาด้วยเมื่อ discharge ใบอนุมัตินี้สงวนสิทธิ์ให้ความคุ้มครองเฉพาะค่ารักษาที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์และการตรวจรักษาที่อนุมัติเท่านั้น

ลงชื่อผู้พิจารณา วันที่