

ส่วนที่ 1 Admission (Form A) () Day surgery

ถึง	บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) E-mail: TH-Preauthorization@aetna.co.th Tel ; 02-677-0553	จาก	โรงพยาบาล.....ห้อง..... หมายเลขโทรสาร.....
-----	--	-----	---

ตอนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกัน

ชื่อ-สกุล.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมายเลขโทรศัพท์..... เลขที่บัตรประชาชน/หมายเลขพาสปอร์ต.....
 เลขที่กรมธรรม์.....
 บริษัทประกันอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ)..... เลขที่กรมธรรม์.....

กรณีอุบัติเหตุส่วนบุคคล เลขที่กรมธรรม์.....ลำดับที่ (ถ้ามี).....
 จากการเกิดเหตุครั้งนี้ () ไม่เคยรักษาที่ใด () เคยรักษาที่.....เมื่อ.....
 โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิค่ารักษาไปแล้วเป็นจำนวนเงิน.....บาท

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้บริษัทฯ จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายชดเชยค่าการักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงและข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่ากรมเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทฯ จะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทฯ ได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทฯ ภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าว

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจหรือรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค โภชเภยาหรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัทฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้ว จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย วันที่..... พยาน..... พยาน.....
 (.....) กรณีเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์ (.....) (.....)

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจหรือรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งผลการตรวจเกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV/AIDS) ต่อบริษัทฯ..... หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ
 ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย วันที่..... พยาน..... พยาน.....
 (.....) กรณีเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์ (.....) (.....)

ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

Physician's Name.....	Plan of Treatment
Medical Specialty.....Medical License No.....	Previous treatment for this illness or injury(Date &Place).....
Admission DateTime
HNAN.....	Expected Length of stay (LOS).....day(s) Others.....
Vital signs T.....PR.....RR.....BP.....	() Private case () Hospital case
Chief complaint duration.....	The illness directly related to an accident
.....	() No
Underlying condition.....	() Yes, please specify, Date.....Time.....
Present illness or cause of injury	The illness or injury influenced by alcohol or drug addict
Provision diagnosis	() No () Yes () Unknown
Indication for Admission.....	Signature..... Date

ตอนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

บริษัทฯได้พิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับ ขอเรียนว่า
 () ยืนยันสิทธิเบื้องต้น (*ทางบริษัทขอสงวนสิทธิ์การจ่ายค่าสภาวะที่ไม่ได้รับความคุ้มครองตามสัญญา)
 () ไม่สามารถใช้สิทธิได้เนื่องจาก..... () อื่น ๆ

ลงชื่อ.....ผู้พิจารณา วันที่.....เวลา.....