บริษัท เอไอเอ จำกัด
แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมกรณีผู้ป่วยนอก
Outpatient (OPD) Claim Form

C42200

สแกนที่นี่! | สมัครรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารแทนการรับเช็ค
- สมัครฟรี
- ป้องกันลืมเช็คใบขึ้นเงิน
- ไร้กังวลเรื่องเช็คหาย
- ไม่เสียค่าธรรมเนียมนำฝากเช็ค

* สามารถใช้บริการรับเงินค่อนสินไหมในครั้งถัดไป*

Hospital Name..... ☐ Individual Insurance ☐ Group Insurance

สำหรับผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง เลขประจำตัวประชาชน: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
   วันเดือนปี เกิด: ..... อายุ: ..... ปี ..... เดือน อาชีพ: .....
   โทรศัพท์มือถือ: .....โทรศัพท์บ้าน: ..... อีเมล: .....
   ที่อยู่ปัจจุบัน: .....
2. กรมธรรม์เลขที่ : 0000142818 .....ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี) .....
   มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี บริษัท: .....กรมธรรม์เลขที่ :.....
3. สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
   ☐ เจ็บป่วย อาการ: ..... ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ :.....
   สถานพยาบาลที่ เคยรักษาก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ :.....วันที่ เข้ารับการรักษา: .....
   ☐ บาดเจ็บ วันที่ ได้รับบาดเจ็บ: .....เวลา: ..... สถานที่ เกิดเหตุ: .....
   สาเหตุของการบาดเจ็บ: .....
   ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ ได้รับบาดเจ็บ: .....
4. สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ☐ ไม่เคยรักษาที่ใด ☐ เคยรักษาที่ .....เมื่อ: .....
   โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิค่ารักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน ..... บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใดๆที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :
* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย: ..... วันที่ : ..... พยาน: ..... พยาน: .....
(.....) ความสัมพันธ์: ..... (.....) (.....)

For Physician

1. Visit date: ..... Time: ..... Vital signs: T: ..... P: ..... R:..... BP: .....
2. Chief complaint duration: .....
3. Present illness or cause of injury: .....
   .....
   For Injury: Date of injury ..... Time: ..... Place of injury:..... Details of injury: .....
4. Physical exam:.....
   .....
5. Previous treatment for this illness or injury (Date & Place): .....
6. The illness or injury influenced by alcohol or drug addict: ( ) No ( ) Yes, please specify .....
7. Is the illness related to: (please tick ☑ if yes)
   ☐ Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage
   ☐ Congenital / Hereditary disease
   ☐ Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder
   ☐ Influence of Drugs / Alcohol
   ☐ Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction
   ☐ AIDS
   ☐ An accident; Date of accident: ..... Time: .....
   ☐ None of above
8. Underlying condition: .....
9. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.): .....
10. Diagnosis: ..... ICD10-TM: .....
11. Treatment: .....
11. Surgery/Operation: ..... Date performed: ..... ICD9-CM: .....
    Anaesthesia Type: ( ) General Anaesthesia ( ) Spinal Anaesthesia ( ) Local Anaesthesia ( ) Others .....
12. Pathological report: .....

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above.

Physician's signature ..... Medical specialty: ..... Medical license no: .....
(.....) Tel no: ..... Date: .....
Medical institute: ..... Address: .....

Remark: Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Medical Council