



บริษัท เอไอเอ จำกัด (ประกันวินาศภัย) สาขาประเทศไทย
แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนผู้ป่วยใน
Inpatient (IPD) Claim Form

Hospital Name.....

Part A

สำหรับผู้เอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... เพศ: ชาย หญิง เลขประจำตัวประชาชน: _____
 วันเดือนปีเกิด: อายุ: ปี เดือน อาชีพ:
 โทรศัพท์มือถือ: โทรศัพท์บ้าน: อีเมล:
 ที่อยู่ปัจจุบัน:
- กรมธรรม์เลขที่: ในรับรองเลขที่ (ถ้ามี):
 มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่ ไม่มี มี บริษัท: กรมธรรม์เลขที่:
- สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
 เจ็บป่วย อากาศ: ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้:
 สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้: วันที่เข้ารับการรักษา:
 บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ: เวลา: สถานที่เกิดเหตุ:
 สาเหตุของการบาดเจ็บ:
 ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ ได้รับบาดเจ็บ:
- สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ไม่เคยรักษาที่ใด เคยรักษาที่: เมื่อ:
 โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน: บาท

หนังสือให้ความยินยอม

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือไปประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใดๆที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอส่งหนังสือตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้อุบัติเหตุให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเมืองต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :

* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบบความสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

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

For Physician

- Visit date: Time: Vital signs: T: P: R: BP:
- Chief complaint duration:
- Present illness or cause of injury:

- Physical exam:
- Previous treatment for this illness or injury (Date & Place):
- 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
- Underlying condition:
- Provisional diagnosis:
- Can the condition be managed under Outpatient basis Yes No
 (If No please provide more information)
- Reasons of admission:
- Treatment:

Physician's name Medical license No. Specialty
 (.....) Date

Part B

Medical certification

Patient's Name: Sex Male Female HN:AN: Ageyear(s)month(s)

Admission Date: Time: Discharge Date: Time: Consultation Date:

1. For Illness

a) Date you first saw this patient for this illness:

.....

.....

b) Chief complaint and duration of symptom(s):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2 For Injury

a) Date of injury..... Time:

b) Cause of injury.....

.....

c) Details of injury

d) Did you smell alcohol from the patient?

() No () Not known

() Yes, blood alcohol test (if any) = mg%

e) Level of consciousness () Normal () Confusion

() Drowsiness () Semi-coma () Coma

f) Estimated time for recovery

.....

3. Did the patient need to be admitted to hospital? () No () Yes, indication for admission.....

.....

4. Vital signs: T..... P..... RBP.....

5. Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs)

.....

6. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.)

.....

7. HIV Test () No () Yes, Result: Date performed:

8. Underlying disease:

9. Diagnosis 1: ICD10-TM:

Diagnosis 2: ICD10-TM:

Diagnosis 3: ICD10-TM:

Discharge DRG	
Adjusted RW	

10. Treatment:

.....

11. Surgery/Operation: ICD9-CM: Date performed:

Anaesthesia Type: () General Anaesthesia () Spinal Anaesthesia () Local Anaesthesia () Others

12. Pathological report:.....

.....

13. Complications (if any):

14. Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? () No () Yes, please specify.....

15. For Female: Is the patient pregnant? () No () Yes, gestational age.....weeks

Was the treatment related to infertility? () No () Yes, please specify

16. Has patient ever been treated by another doctor before? () No () Yes, please give name and address

17. Was the illness/injury contributed to or influenced by any of the following

a) Physical defects/congenital anomaly () No () Yes

b) Degenerative change(s) () No () Yes

18. Others past medical history

Date	Sign & Symptom	Diagnosis	Treatment	Physicians / Hospital

19. Other comments about the injury / illness

.....

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.