



บริษัท เอไอเอ จำกัด (ประกันวินาศภัย) สาขาประเทศไทย
แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนผู้ป่วยนอก
Outpatient (OPD) Claim Form

Hospital Name.....

สำหรับผู้เอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... เพศ: ชาย หญิง เลขประจำตัวประชาชน: _____
 วันเดือนปีเกิด: อายุ: ปี เดือน อาชีพ:
 โทรศัพท์มือถือ: โทรศัพท์บ้าน: อีเมล:
 ที่อยู่ปัจจุบัน:
- กรมธรรม์เลขที่: ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี):
 มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่ ไม่มี มี บริษัท: กรมธรรม์เลขที่:
- สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
 เจ็บป่วย อาการ: ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้:
 สถานพยาบาลที่เคยรักษาครั้งนี้ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้: วันที่เข้ารับการรักษา:
 บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ: เวลา: สถานที่เกิดเหตุ:
 สาเหตุของการบาดเจ็บ:
 ลักษณะบาดเจ็บ ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ:
- สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ไม่เคยรักษาที่ใด เคยรักษาที่: เมื่อ:
 โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิรักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน: บาท

หนังสือให้ความยินยอม

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัย ต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับความบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำหรับหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :
 * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
 ** 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:
- For Injury: Date of injury Time: Place of injury:..... Details of injury:
- Physical exam:.....
 - Previous treatment for this illness or injury (Date & Place):
 - The illness or injury influenced by alcohol or drug addict: () No () Yes, please specify
 - 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:
 - Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.):
 - Diagnosis: ICD10-TM:
 - Treatment:
 - Surgery/Operation: Date performed: ICD9-CM:
 Anaesthesia Type: () General Anaesthesia () Spinal Anaesthesia () Local Anaesthesia () Others
 - 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.