

เรียกร้องผ่านโรงพยาบาลคู่สัญญา

คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล (กรณีรักษาโดยใช้CREDIT)
 กรุณาให้ผู้เอาประกันยกกรอกคำร้องฯ ฉบับนี้ พร้อมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษารับรอง และ
 ถ่ายสำเนาบัตรประจำตัวผู้เอาประกันที่บริษัทฯ ออกให้และสำเนาบัตรประจำตัว
 ประชาชน แนบมาพร้อมคำร้องฯ ฉบับนี้ แล้วนำส่งพร้อมการวางบิลกับบริษัทฯ ทุกครั้ง

คำร้องเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

ลูกคำเรียกร้องโดยตรงกับบริษัทฯ

ผู้เอาประกันภัยโปรดตอบคำถามทุกข้อโดยสมบูรณ์และชัดเจน (It is important that a complete answer be given to every question)

- ชื่อผู้ชำระเบี้ย (กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์) (Policyholder Name) กรมธรรม์เลขที่ (Policy No.)
 - ผู้เอาประกันภัยที่รับการรักษา ชื่อ-สกุล(Patient's Name) อายุ (Age).....
 ที่อยู่ปัจจุบัน (Address)
 อีเมล(E-mail) โทรศัพท์บ้าน (Tel) โทรศัพท์มือถือ (Tel.)
 - การรับการรักษาครั้งแรก เมื่อวันที่ (Date of First Treatment) สถานพยาบาลที่ทำการรักษา (Hospital/Clinic's Name)
 - รายละเอียดการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย วันที่เข้ารับการรักษารั้งนี้ (Treatment Date)
 สาเหตุ (Cause) อุบัติเหตุ (Accident) เจ็บป่วย (illness)
 วันที่เกิดเหตุ/เจ็บป่วย (Date of Incident)..... เวลา(Time)..... สถานที่ (Place)
 สาเหตุการเกิดเหตุ / เจ็บป่วยขึ้นอย่างไร(What Happened)
 เป็นมานานเท่าใดก่อนเข้ารับรักษา (How Long?) ตรวจอื่นๆระบุ (Others)
 - กรณีเป็นผู้ป่วยในเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่(Date of Admit)..... ถึงวันที่ (Date of Discharge)
 - ท่านมีการเรียกร้องค่าสินไหมจากบริษัทอื่นหรือไม่ โปรดระบุชื่อบริษัทและเลขที่กรมธรรม์ (Other Insurance, If Yes. Give Details)
 - ขอรับเงินโดย โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารที่เคยแจ้งไว้กับบริษัท รับเช็คผ่านสาขาหรือตัวแทน ให้บริษัทส่งเช็ค/ตราฟาร์ทตามที่อยู่ปัจจุบัน
 ขอแก้ไขเลขที่บัญชีธนาคารใหม่ ชื่อธนาคาร.....เลขที่บัญชี.....
- ** กรณีขอเปลี่ยนแปลง/แก้ไขเลขที่บัญชีที่เคยให้ไว้ กรุณาแนบสำเนาหน้าแรกของสมุดบัญชีธนาคาร ที่ระบุชื่อ/เลขที่บัญชีชัดเจน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ****

ทั้งนี้ หากไม่มีการแจ้งเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีใดๆ บริษัทฯ จะยึดถือเลขที่บัญชีนี้ สำหรับการจ่ายผลประโยชน์ทุกประเภทที่ขอให้โอนเข้าบัญชีธนาคาร(รวมถึงเงินจ่ายคืนตามเงื่อนไขกรมธรรม์และเงินปันผล)

หนังสือให้ความยินยอมฯ

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือ ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

**** อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมฯ ฉบับนี้ ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ****

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทฯ จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้รับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระเงินให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทฯ จะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทฯ ได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทฯ ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าว

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิปฏิบัติของบริษัทฯ ตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย : วันที่ พยาน

(.....) ความสัมพันธ์

****กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามพร้อมระบุความสัมพันธ์ ** กรณีลงนามโดยวิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง ****

ใบรับรองแพทย์ผู้ตรวจรักษา

CERTIFICATE OF MEDICAL ATTENDANT

แพทย์ผู้ตรวจรักษาซึ่งออกใบแสดงความคิดเห็นนี้ ควรเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ โดยวิธีจะไม่นับผิดชอบถึงค่าใช้จ่าย ในการให้ได้มาซึ่งเอกสารนี้

1) ชื่อและนามสกุลผู้ป่วย..... Patient's name and surname	อายุ..... ปี Age ปี Years
2) เลขที่บัตรประจำตัว..... ID card No. H.N. A.N. X.N.	<input type="checkbox"/> ประชาชน Citizen	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ Official
<input type="checkbox"/> อื่นๆ Other		
3) วันที่มารับการรักษา (Date of hospital attending)		
ก. ผู้ป่วยนอก วันที่..... เวลา..... น. ถึงวันที่..... เวลา..... น. Out Patient Date Time AM/PM To Date Time AM/PM		
ข. ผู้ป่วยใน วันที่..... เวลา..... น. ถึงวันที่..... เวลา..... น. In Patient Date Time AM/PM To Date Time AM/PM		
4) สาเหตุการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย (Cause of injury / illness)		
5) วันที่เกิดเหตุ (Date of accident) เวลา (Time)..... น. (AM/PM)		
6) รายละเอียดการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย (โปรดแจ้งลักษณะบาดแผล / อวัยวะที่บาดเจ็บ / อาการเจ็บป่วยและการวินิจฉัยโรค) Detail of injury / illness symptom (Please specify wound and injured organs / Symptom or disease)		
1.....		
2.....		
3.....		
7) รายละเอียดการรักษา (Detail of Treatment) หรือผลการตรวจทางห้องทดลอง (Lab's Test)		
1.....		
2.....		
3.....		
8) ได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่ (โปรดแจ้งสถานพยาบาล) Had any previous treatment? (Please specify name of hospital / clinic)		
9) มารับการรักษาครั้งสุดท้ายเมื่อ (Date of last treatment)		
10) ผู้ป่วยมีครรภ์ / มีโรคอื่นอยู่แล้วหรือไม่ (ถ้ามีโปรดแจ้ง)..... Has patient pregnancy / complication? (Please specify)		
11) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือไม่ (ถ้ามีโปรดแจ้ง) Has patient personal illness? (Please specify)		
12) ผลการวินิจฉัย (Diagnosis)		
13) ความเห็นอื่นๆ (Other comments).....		

ลงชื่อ	แพทย์ผู้รักษา	ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่
Signature	Attending Physician Thailand's medical registration No.	
วุฒิ (Diploma)	วันที่ (Date)	
สถานพยาบาล (Hospital / Clinic's Name)	โทร. (Tel.)	
(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)		

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกจำต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง