

<b>ถึง</b>	บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โทรศัพท์ : 02 022 5608-11 โทรสาร : 02 022 5601 - 2	<b>จาก</b>	โรงพยาบาล.....ห้อง..... โทรสาร.....ชื่อผู้ส่ง.....
------------	---	------------	---

**ตอนที่ 1 สำหรับผู้อุปถัมภ์**

ชื่อ-สกุล ..... วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ..... บัตรประชาชนอื่น (ระบุ).....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์..... เลขที่บัตร.....  
 เลขที่กรมธรรม์..... ใบรับรองเลขที่.....  
 บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ)..... เลขที่กรมธรรม์.....

**กรณีอุบัติเหตุส่วนบุคคล** เลขที่กรมธรรม์.....ลำดับที่ (ถ้ามี).....  
 การเกิดเหตุครั้งนี้ ( ) ไม่เคยรักษาที่ใด ( ) เคยรักษาที่.....เมื่อ.....  
 โดยชำระเงินเอง หรือ ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงิน.....บาท

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัท ได้จ่ายชดเชยค่าการรักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้า โดยชอบแล้วตามข้อกำหนด และเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาล โดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่ากรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้า อยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทน ข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าว

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับ การเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ไบops หรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือด และการตรวจรักษาต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งทั้งหมด พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใดๆ ต่อบริษัท หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่าผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้ว จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้อุปถัมภ์ วันที่..... พยาน.....  
 ( ) ( )

หมายเหตุ: กรณีเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์

**ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา**

<b>Physician Information</b>	
Physician's Name .....	Medical Specialty..... Medical License no. ....
<b>Patient Information</b>	Underlying condition.....
Admission Date..... Time .....	Provisional Diagnosis.....
H.N. .... A.N. ....	.....
Vital signs T: ..... BP: ..... P: ..... R: .....	Indication for Admission .....
Chief complain/duration.....	.....
Present illness or cause of injury .....	Plan of treatment.....
.....	.....
Previous treatment for this illness or injury (Date & Place) .....	Expected length of stay .....
.....	Others .....
The illness directly related to an accident ( ) Yes ( ) No	<input type="checkbox"/> Private case <input type="checkbox"/> Hospital case
If yes, date ..... time .....	Signature .....
The illness or injury influenced by alcohol or drug addict. ( ) Yes ( ) No	.....

**ตอนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท**
**Ref No. ....**

บริษัทได้พิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับ ขอเรียนว่า  ยืนยันสิทธิเบื้องต้น (\* ทางบริษัทขอสงวนสิทธิ์การจ่ายค่าสภาวะไม่ได้รับความคุ้มครองตามสัญญา) ไม่สามารถให้บริการได้เนื่องจาก

ไม่มีสัญญาค่ารักษาพยาบาล  สัญญาขาดผลบังคับ  เป็นข้อยกเว้นตามเงื่อนไขกรมธรรม์

อายุสัญญาอยู่ในระยะเวลาที่ยังไม่สามารถใช้สิทธิ  ขอพิจารณาพร้อมส่วนที่ 2 (form B)

สัญญาอยู่ในระยะเวลาผ่อนผันการชำระเบี้ย  อื่นๆ.....

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

**ส่วนที่ 2 Physician Discharge Summary**

<b>ถึง</b>	บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หมายเลขโทรสาร <b>02 632 5601 – 2</b> ชื่อผู้รับ.....	<b>จาก</b>	โรงพยาบาล..... หมายเลขโทรสาร..... ชื่อผู้ส่ง.....
------------	---	------------	---

Patient's Name .....	HN .....	AN .....
Admission Date .....	Time .....	Discharge Date .....
		Time .....

**Please give detail relating to this treatment** **\* Please uses medical terminology**

**For illness :** 1. Date you first saw this patient for this illness : .....

2. Chief complaint and duration of symptoms .....

3. In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness .....

**For Accident :** 1. Date & Time of accident ..... Date & Time you first saw this patient.....

2. Cause of accident, nature of wound and injured organs .....

3. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital? ( ) No ( ) Yes .....

**Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs)** .....

.....

**Underlying diseases** .....

**Investigation/ Pathological studies** .....

.....

**Diagnosis 1.** ..... **ICD 10** ..... **Diagnosis 2** ..... **ICD 10** ..... **Diagnosis** ..... **ICD 10** .....

(Please fill the diagnosis that treated on this admission, not including the underlying diseases or diseases or conditions not treated : please ranking from the most important Dx to the less one)

**Treatment** ..... **Surgery** .....

.....

..... **ICD 9 CM or 10 TM** .....

**Result/ Complications** .....

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

**For female is the patient pregnant?** ( ) No ( ) Yes ..... **GA** ..... **Wks**

**Was the treatment relate to infertility** ( ) No ( ) Yes .....

**HIV** ( ) Not done ( ) Done **Result**.....

**Has patient ever been treated by other doctors before?** ( ) No ( ) Yes, please give name and address.....

.....

**Past History**

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Physicians

**For accident: Estimated time for recovery** .....

**Other comments** .....

<b>Signature</b> .....	<b>Medical License No.</b> .....
( )	<b>Date</b> .....