



**Admission Notification Form (All Cases)**

Hospital Name : \_\_\_\_\_ Company Name : \_\_\_\_\_  
 Individual Insurance  Group Insurance

**Part A**

**สำหรับผู้เอาประกันภัย**

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย : \_\_\_\_\_ เพศ :  ชาย  หญิง เลขประจำตัวประชาชน : \_\_\_\_\_  
 วันเดือนปีเกิด : \_\_\_\_\_ อายุ : \_\_\_\_\_ ปี เดือน อาชีพ : \_\_\_\_\_  
 โทรศัพท์มือถือ : \_\_\_\_\_ โทรศัพท์บ้าน : \_\_\_\_\_ อีเมล : \_\_\_\_\_  
 ที่อยู่ปัจจุบัน : \_\_\_\_\_

2. กรมธรรม์เลขที่ : \_\_\_\_\_ ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี) \_\_\_\_\_  
 มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่น ๆ หรือไม่  ไม่มี  มี บริษัท : \_\_\_\_\_ กรมธรรม์เลขที่ : \_\_\_\_\_

3. สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้  
 เจ็บป่วย อาการ : \_\_\_\_\_ ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : \_\_\_\_\_  
 สถานที่พยาบาลที่เคยรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : \_\_\_\_\_ วันที่เข้ารับการรักษา : \_\_\_\_\_  
 บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ : \_\_\_\_\_ เวลา : \_\_\_\_\_ สถานที่เกิดเหตุ : \_\_\_\_\_  
 สาเหตุของการบาดเจ็บ : \_\_\_\_\_  
 ลักษณะบาดเจ็บ ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ : \_\_\_\_\_

4. สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่  ไม่เคยรักษาที่ใด  เคยรักษาที่ \_\_\_\_\_ เมื่อ : \_\_\_\_\_  
 โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิค่ารักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน \_\_\_\_\_ บาท

**หนังสือให้ความยินยอม**

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันชีวิตอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ในครั้งนั้นหรือครั้งที่ผ่านมามีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากรหรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอส่งหนังสือติดต่อขอข้อมูลทางการแพทย์ผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะไม่ได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง ข้าพเจ้าในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ  
 ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

**หมายเหตุ :** \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุไม่ถึง 7 ปีบริบูรณ์ให้มารดา/บิดา หรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมาย ลงนามแทนผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์  
 \*\* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้มารดา/บิดา หรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายร่วมลงนามกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์  
 \*\*\* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้เอาประกันภัย วันที่ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน  
 ( \_\_\_\_\_ ) ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ให้ความยินยอม ในฐานะ  บิดา/มารดา  
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้รับผลประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทผู้รับประกันภัยโดย Scan QR Code และเลือกบริษัทประกันชีวิตที่ท่านใช้บริการ

**For Hospital**

1. Visit date : \_\_\_\_\_ Time : \_\_\_\_\_ Vital signs : T : \_\_\_\_\_ P : \_\_\_\_\_ R : \_\_\_\_\_ BP : \_\_\_\_\_  
 2. Chief complaint and duration : \_\_\_\_\_  
 3. Present illness or cause of injury : \_\_\_\_\_  
 4. Physical exam : \_\_\_\_\_  
 5. Previous treatment for this illness or injury (Date & Place) : \_\_\_\_\_  
 6. 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 : \_\_\_\_\_  
 7. Underlying condition : \_\_\_\_\_  
 8. Provisional diagnosis : \_\_\_\_\_ AdjRW= \_\_\_\_\_  
 9. Can the condition be managed under Out Patient basis  Yes  No  
 (If No please provide more information) \_\_\_\_\_  
 10. Reasons of admission \_\_\_\_\_  
 11. Plan of treatment \_\_\_\_\_

Physician's name \_\_\_\_\_ Medical license No \_\_\_\_\_ Specialty \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ ) Date \_\_\_\_\_

# Admission Notification Form

## Part B

### Medical certification

Patient's Name : \_\_\_\_\_ Sex  Male  Female HN : \_\_\_\_\_ AN : \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ year(s) \_\_\_\_\_ month(s)  
Admission Date : \_\_\_\_\_ Time : \_\_\_\_\_ Discharge Date : \_\_\_\_\_ Time : \_\_\_\_\_ Consultation Date : \_\_\_\_\_

<p><b>1. For Illness</b></p> <p>a) Date you first saw this patient for this illness : _____ _____</p> <p>b) Chief complaint and duration of symptom(s) : _____ _____ _____ _____</p>	<p><b>2. For Injury</b></p> <p>a) Date of injury _____ Time: _____</p> <p>b) Cause of injury _____</p> <p>c) Details of injury _____</p> <p>d) Did you smell alcohol from the patient? ( ) No ( ) Not known</p> <p>( ) Yes, blood alcohol test (if any) = _____ mg%</p> <p>e) Level of consciousness ( ) Normal ( ) Confusion ( ) Drowsiness ( ) Semi-coma ( ) Coma</p> <p>f) Estimated time for recovery _____ _____</p>
--	---

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

4. Vital signs : T \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_ BP \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

10. Treatment : \_\_\_\_\_

Adjusted RW	

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	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	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

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

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

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายสินไหม โครศพร์ 1503 กต 2

ทะเบียนเลขที่ 0107555000210 สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชียนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110  
www.ocean.co.th E-Mail: info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1503 โทรสาร 0 2207 8822