



OPD Form (All Cases)

Hospital Name : _____ Company Name : _____

Individual Insurance Group Insurance

สำหรับผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย : _____ เพศ : ชาย หญิง เลขประจำตัวประชาชน : _____
 วันเดือนปีเกิด : _____ อายุ : _____ ปี เดือน อาชีพ : _____
 โทรศัพท์มือถือ : _____ โทรศัพท์ที่บ้าน : _____ อีเมล : _____
 ที่อยู่ปัจจุบัน : _____

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

3. สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
เจ็บป่วย อาการ : _____ ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : _____
 สถานพยาบาลที่เคยรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : _____ วันที่เข้ารับการรักษา : _____
บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ : _____ เวลา : _____ สถานที่เกิดเหตุ : _____
 สาเหตุของการบาดเจ็บ : _____
 ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ : _____

4. สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ไม่เคยรักษาที่ใด เคยรักษาที่ _____ เมื่อ : _____
 โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิค่ารักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน _____ บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ในครั้งหรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับกรมธรรม์ประกันภัย

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

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าออกกล่าวจากบริษัท อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้า ได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุไม่ถึง 7 ปีบริบูรณ์ให้มารดาบิดา หรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมาย ลงนามแทนผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
 ** กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้มารดาบิดา 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 _____