

แบบแจ้งเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลกรณีผู้ป่วยนอก (OPD) เนื่องจากอุบัติเหตุ

สำหรับผู้อุปถัมภ์	
ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี โทรศัพท์..... อาชีพ..... ที่อยู่..... ..... ..... บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/ใบขับขี่ เลขที่..... วันที่เกิดอุบัติเหตุ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ..... รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ..... ..... .....	เลขที่กรมธรรม์..... เลขที่กรมธรรม์..... วันที่บัตรมีผลบังคับ.....วันหมดอายุ..... จากการเกิดเหตุครั้งนี้ <input type="checkbox"/> ไม่เคยรักษาที่ใด <input type="checkbox"/> เคยรักษาที่สถานพยาบาล.....วันที่..... โดยใช้สิทธิไปแล้วรวมจำนวน.....บาท กรณีที่มีสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองอุบัติเหตุส่วนบุคคลพิเศษ(CPA) สามารถนำสำเนาใบเคลมนี้โดยให้ทางโรงพยาบาลประทับตรารับรองสำเนาถูกต้อง ส่งเรียกร้องค่า - ชดเชยตามปกติ กรุณาระบุเลขที่กรมธรรม์..... ค่ารักษาครั้งนี้ท่านใช้สิทธิประกันอุบัติเหตุ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
<p>ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้ บริษัท..... จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยให้ถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายชดเชยค่าการรักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย <u>ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง</u></p> <p>หมายเหตุ : บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบภายหลังพบว่าการเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุของท่านอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์</p>	
<p><b>หนังสือให้ความยินยอม</b></p> <p>ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้ โรงพยาบาล แพทย์ หรือ บุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค โภชเภสัชหรือการรักษาพร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใดๆ ต่อบริษัท..... หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ</p>	
ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย วันที่..... พยาน..... วันที่..... (.....) (.....)	
สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา	
History taking from <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Others (โปรดระบุ)..... Patient's name..... HN..... 1. Date of injury..... Time.....Place..... 2. Cause of injury, nature of wound and injured organs: ..... ..... 3. Do you smell alcohol for the patient <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not known <b>Level of consciousness</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Drowsiness <input type="checkbox"/> Semi-coma <input type="checkbox"/> Coma 4. Diagnosis:..... ..... Underlying disease Signed.....Attending Physician Practitioner's license No.....Date..... ( )	
สำหรับบริษัทฯ	