

แบบฟอร์มการเรียกร้องผลประโยชน์ประกันภัยสุขภาพ (Health Insurance Claim Form)

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอก Section 1 (To be completed by the Insured Person)

ชื่อ-สกุล Name

วัน/เดือน/ปี เกิด Date of Birth อายุ Age

อาชีพ Occupation เลขบัตรประชาชน/อื่น ๆ ID Card / Other.....

ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์ Current address

..... Telephone No.

บริษัทประกันภัยอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ) ชื่อบริษัท หมายเลขกรมธรรม์ ประเภทของการประกันภัย Other insurers (if any, please specify) Policy No.

Type of Insurance

อาการเจ็บป่วย ลักษณะของอาการหรือการเกิดเหตุโดยสังเขป Symptoms of illness brief details of how the accident occurred

.....

วันที่เกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ Date of illness Time

Place of illness. การเจ็บป่วย/การเกิดเหตุครั้งนี้ท่าน ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน เคยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาล เมื่อวันที่ As a result of this illness, I have not been treated have been treated at

Date of treatment

โดยได้ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น บาท ยังคงเหลือวงเงินตามสิทธิสำหรับค่ารักษาพยาบาลอีก บาท

The cost of treatment that has already been given Baht. The balance remaining under the limit for medical expenses Baht.

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้ง ข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ไบสังยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของ โรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท ประกันภัยตามชื่อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ

อนึ่ง สำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any hospital, doctor or other person who has attended to me or any member of my family to furnish the Insurance Company or its representatives with all information including medical history, Consultations, prescriptions, treatment, and copies of all hospital & medical records related to this claim.

I agree that a photocopy of this Authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ลงชื่อผู้เอาประกันภัย วันที่

Signed (the Insured person) Date

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษากรณี Section 2 Medical Information (To be completed by the attending doctor)

The Patient's Name :

Is the illness/injury related to an accident? Yes, No,

Chief Complaint

1. Symptom / Accident date 2. Date you first saw the patient for this illness / injury.....

3. (a) Present illness / Details of injury:

 (b) Pertinent clinical findings (symptom & signs)

4. Diagnosis 1. ICD10

 Diagnosis 2. ICD10

5. Treatment Suture stitch Wound dressing Physical therapy Others.....

Medication / Investigation / Other (please specify):

6. Was the patient pregnant at the time of treatment? No Yes..... weeks (LMP.....)

7. Other comments:

 I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above. Hospital Name.....

Telephone No. Name of physician. License No.....

Specialty.....

Signature.

Date.

