

แบบฟอร์มคนไข้นอก กรณีอุบัติเหตุ (OPD CLAIM FORM)

ถึง TO	บริษัท	จาก FROM	โรงพยาบาล HN#..... โทรศัพท์ โทรสาร
	กรมธรรม์เลขที่		วันที่เข้ารับรักษา เวลา.....น. ผู้ส่ง.....

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

ชื่อ-สกุล วันเดือนปี เกิด อายุ ปี
 Name Date of Birth Age

อาชีพ บัตรประชาชน/อื่นๆ ระบุ เลขที่บัตร
 Occupation ID Card/Other, please specify No.

ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์
 Current Address Telephone No.

บริษัทประกันภัยอื่นๆ (ถ้ามีโปรดระบุ) ชื่อบริษัท หมายเลขกรมธรรม์ ประเภทของการประกันภัย
 Other insurers (if any, please specify) Policy No. Type of Insurance

อาการเจ็บป่วยหรือ อุบัติเหตุ ลักษณะของอาการหรือการเกิดเหตุโดยสังเขป
 Symptoms of illness or accident & brief details of how the accident occurred:

.....

วันที่เกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ
 Date of accident Time Place of accident

การเจ็บป่วย/การเกิดเหตุครั้งนี้นั้น ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน เคยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาล เมื่อวันที่
 As a result of this illness or accident, 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

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท ประกันภัยตามที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบอำนาจนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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.

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย วันที่
 Signed (the Insured person) Date

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษากรอก/ 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.....
 4. 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. Speciality.....
 Signature..... Date.....