



แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนผู้ป่วยนอก

Outpatient (OPD) and Accident Claim Form

Hospital Name โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

Company Name.....

☐ Individual Insurance

☐ Group Insurance

สำหรับผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง เลขประจำตัวประชาชน:
วันเดือนปีเกิด: อายุ: ปี เดือน อาชีพ:
โทรศัพท์มือถือ: โทรศัพท์บ้าน: อีเมล:
ที่อยู่ปัจจุบัน:
2. กรมธรรม์เลขที่: ในรับรองเลขที่ (ถ้ามี)
มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่ ไม่มี มี บริษัท: กรมธรรม์เลขที่:
3. สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
เจ็บป่วย อากาศ: ระยะเวลาของอาการก่อนที่จะเข้ารับการรักษาคครั้งนี้ :
สถานพยาบาลที่เคยรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาคครั้งนี้ : วันที่ เข้ารับการรักษาค :
บาดเจ็บ วันที่ ได้รับบาดเจ็บ: เวลา: สถานที่ เกิดเหตุ:
สาเหตุของการบาดเจ็บ:
ลักษณะบาดเจ็บ ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ:
4. สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ไม่เคยรักษาที่ใด เคยรักษาที่ เมื่อ:
โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้อภัยและยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งหรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือต่อบริษัทประกันภัย บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาค โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้ออกใบความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสินคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง ข้าพเจ้าขอให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีความสมบูรณ์แล้วตั้งแต่บัดนี้โดยไม่มีเงื่อนไขอื่นใด

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

ผู้เอาประกันภัย : วันที่ : พยานลงนามรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ 1 : 2 :
(.....) (.....) (.....)

ผู้ให้ความยินยอม (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) : ระบุความสัมพันธ์: บิดา/มารดา ผู้ปกครองโดยชอบธรรม
(.....)

หมายเหตุ :

- กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ อายุต่ำกว่า 10 ปี: บิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบธรรมลงนามเพียงท่านเดียว
- กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป: ผู้เอาประกัน ลงนามร่วมกับบิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบธรรม พร้อมระบุความสัมพันธ์
- กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องระบุนิ้วและข้าง รวมทั้งมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

สถานที่พิมพ์ลายนิ้วมือเป็นลายนิ้วมือ



For Physician

1. Visit date: Time: Vital signs: T: P: R: BP:
2. Chief complaint duration:
3. Present illness or cause of injury:
For Injury: Date of injury: Time: Place of injury: Details of injury:
4. Physical exam:
5. Previous treatment for this illness or injury (Date & Place):
6. The illness or injury influenced by alcohol or drug addict: () No () Yes, please specify
7. 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: ☐ None of above
8. Underlying condition:
9. Investigation & Result (Lab, EKG, X - ray, etc.):
10. Diagnosis: ICD10-TM:
11. Treatment:
11. Surgery/Operation: Date performed: ICD9-CM:
Anaesthesia Type: () General Anaesthesia () Spinal Anaesthesia () Local Anaesthesia () Others
12. Pathological report:

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 Medical specialty: Medical license no:
(.....) Tel no: Date:
Medical institute: Address: