



ส่วนที่ 3

☐ Fax Claim	☐ Claim ปกติ	To Hospital :
-------------	--------------	---------------

ฝ่ายสินไหมทดแทน Fax No : 0-2632-5601-2 Tel No : 0-2632-5604-5

Fax No :

ใบแจ้งค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกัน..... รหัสลูกค้า..... กรมธรรม์เลขที่.....  
เริ่มสัญญา..... ที่อยู่.....  
เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลวันที่..... ออกจากโรงพยาบาลวันที่..... จำนวน..... วัน  
โรค/สาเหตุ..... อายุกรมธรรม์.....

รายการ	ผลประโยชน์สูงสุด	ค่ารักษาที่จ่ายจริง	จำนวนเงินที่ชดเชย
H&S..... หน่วย /IHS แผน..... /HS แผน.....			
1.ค่าห้อง/ค่าอาหาร/ค่าบริการพยาบาล..... วัน			
2.ค่าห้องผู้ป่วยหนัก(IC.U)..... วัน			
3.ค่ารักษาพยาบาลอื่นๆในโรงพยาบาล			
4.ค่าธรรมเนียมการผ่าตัด..... %			
5.ค่าห้องผ่าตัด/อุปกรณ์ในห้องผ่าตัด			
6.ค่าวางยาสลบ			
7.ค่าวินิจฉัยโรค			
8.ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินเนื่องจากอุบัติเหตุ			
9.ค่าปรึกษาแพทย์..... วัน			
ชดเชยค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุ (HA)			
<b>ยอดรวม</b>			

อนุมัติค่ารักษาพยาบาลผ่าน โรงพยาบาล..... บาท

จำนวนเงินส่วนเกินที่ผู้เอาประกันต้องชำระให้โรงพยาบาล..... บาท

ผู้อนุมัติ..... วันที่.....

หมายเหตุ.....

การพิจารณาจ่ายค่าชดเชยรายวันๆละ..... บาท จำนวน..... วัน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น..... บาท

การพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนอุบัติเหตุทุนอุบัติเหตุ.....

ทุพพลภาพชั่วคราวสิ้นเชิง (TD) จำนวน..... วัน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น..... บาท

ทุพพลภาพชั่วคราวบางส่วน (PD) จำนวน..... วัน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น..... บาท

ชดเชยอุบัติเหตุนอนในโรงพยาบาล จำนวน..... วัน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น..... บาท

ค่าชดเชยอื่นๆ..... เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น..... บาท

รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น..... บาท

ผู้พิจารณา..... ผู้ตรวจสอบ..... ผู้อนุมัติ.....

วันที่..... วันที่..... วันที่.....