



คำร้องเรียกร้องเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD)

สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสินไหม สำนักงานใหญ่

Claim No.

วันที่รับ

ชื่อผู้รับ

ผู้เอาประกันภัย หรือตัวแทนของบุคคลดังกล่าวแล้วแต่กรณี จะต้องกรอกแบบฟอร์มให้สมบูรณ์ และส่งคืนไปยังบริษัทฯ พร้อมใบรับรองแพทย์ผู้รักษา และใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่รักษา

- ชื่อ-สกุล ผู้เอาประกันภัย..... อายุ..... ปี เพศ.....
 ธรรมเนียมเลขที่ (โปรดระบุทุกกรมธรรม์).....
 ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....
 สถานที่ทำงานในปัจจุบันและที่ตั้ง..... โทรศัพท์.....
- ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา.....
- วันที่เข้ารับการรักษา.....
 สาเหตุ อุบัติเหตุ เจ็บป่วย
 วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... น. อาการเจ็บป่วยอย่างไร.....
 เหตุเกิดขึ้นอย่างไรและที่ไหน.....
 รายละเอียดอาการบาดเจ็บ..... เป็นมานานเท่าใดก่อนเข้ารับรักษา.....
- ได้รับการตรวจ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ ตรวจเลือด ตรวจอื่น ๆ โปรดระบุ.....
- กรณีผู้ป่วยเป็นสตรี ขณะเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีครรภ์หรือไม่ ไม่มี มี ตั้งครรภ์มาแล้ว..... เดือน
- กรณีมีประกันร่วมกับบริษัทอื่นโปรดระบุชื่อบริษัทและเลขที่กรมธรรม์.....
- ข้าพเจ้าขอรับเงินตามคำร้องนี้ ด้วยตนเอง มอบอำนาจให้ นาย/นาง/นางสาว..... รับเงินแทนข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นความจริง และขอให้ความยินยอมตามข้อความที่ปรากฏข้างล่างนี้

หนังสือให้ความยินยอมของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล นายแพทย์ผู้รักษา หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้อง มีอำนาจแจ้งถึงการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และถ่ายสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือบันทึกการปรึกษาทางการแพทย์ของข้าพเจ้าต่อ บริษัท ฟินันซ่าประกันชีวิต จำกัด หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนให้แก่ข้าพเจ้าที่จะได้รับอย่างถูกต้องเที่ยงธรรม อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย..... วันที่.....

ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถเซ็นชื่อในแบบฟอร์มนี้ได้ ให้ญาติหรือบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้เอาประกันภัยในระหว่างที่เจ็บป่วยเป็นผู้กรอกและเซ็นชื่อ พร้อมระบุความสัมพันธ์ลงในแบบฟอร์มนี้



ใบรับรองแพทย์ผู้ตรวจรักษา

1. ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... อายุ..... ปี เพศ.....
เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน..... เลขที่บัตรผู้ป่วย.....
2. ผู้ป่วยมาพบท่านครั้งแรกเพื่อรับการรักษาความเจ็บป่วยครั้งนี้เมื่อใด.....
ผู้ป่วยมีอาการอย่างไร.....
3. ผู้ป่วยแจ้งว่าเริ่มมีอาการป่วยมานานเท่าใด.....
ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาจากแพทย์อื่นมาก่อนหรือไม่ ไม่เคย เคย โปรดแจ้งรายละเอียด.....
4. ท่านวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคอะไร.....
ท่านให้การรักษาด้วยวิธีใด.....
ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องทดลอง.....
5. ผู้ป่วยเคยรับการรักษา หรือเข้าโรงพยาบาลเกี่ยวกับโรคนี้ หรือโรคร้ายแรงอื่น ๆ หรือไม่ ไม่เคย เคย
โปรดระบุรายละเอียด.....
ชื่อและสถานที่อยู่ของสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา.....
โทรศัพท.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้รักษา..... วันที่.....
(.....)

คุณวุฒิของแพทย์ผู้รักษา..... ใบประกอบโรคศิลป์เลขที่.....
สถานพยาบาล..... โทรศัพท.....

(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกจำต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยทันที



คำแนะนำสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

กรุณาให้ผู้เอาประกันภัยกรอกคำร้องฯ ฉบับนี้ พร้อมให้แพทย์ผู้ตรวจรักษารับรอง และ
ถ่ายสำเนาบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัยที่บริษัทฯ ออกให้ แนบมาพร้อมคำร้องฯ ฉบับนี้ แล้ว
นำส่งพร้อมการวางมัดกับบริษัทฯ ทุกครั้ง

คำร้องเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

- กรณีอุบัติเหตุ
 กรณีเจ็บป่วย

ผู้เอาประกันภัยโปรดตอบคำถามทุกข้อโดยสมบูรณ์และชัดเจน (It is important that a complete answer be given to every question)

- ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ (Policyholder Name)..... กรมธรรม์เลขที่ (Policy No.).....
- ผู้เอาประกันภัยที่รับการรักษา ชื่อ-สกุล (Patient's Name)..... อายุ (Age).....
ชั้น / แผนก / ฝ่าย (Class / Dept.)..... ตำแหน่ง (Position).....
ที่อยู่ปัจจุบัน (Address).....
..... โทรศัพท์ (Tel.).....
ที่ตั้งสถานที่ทำงาน / สถานศึกษา (Address)..... โทรศัพท์ (Tel.).....
- การรับการรักษาครั้งแรก เมื่อวันที่ (Date of First Treatment)..... โดยแพทย์ชื่อ (Doctor's Name).....
สถานพยาบาลที่ทำการรักษา (Hospital / Clinic's Name).....
- รายละเอียดการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย วันที่เข้ารับการรักษาครั้งนี้ (Treatment Date).....
สาเหตุ อุบัติเหตุ (Accident) เจ็บป่วย (illness)
Reason วันที่เกิดเหตุ (Date of Accident)..... อาการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร (Symptom).....
เวลา (Time)..... สถานที่ (Place).....
เหตุเกิดขึ้นอย่างไร (What Happened).....
.....
ชื่อผู้เห็นเหตุการณ์ (Witness)..... เป็นมานานเท่าใดก่อนเข้ารับรักษา (How Long?).....
ตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บและอาการ (Nature of Injury).....
.....
ได้รับการตรวจ เอ็กซเรย์ ตรวจหัวใจ
 ตรวจเลือด ตรวจอื่นๆ ระบุ.....
มีการแจ้งความหรือไม่, ที่ใด (Notice to Police Station).....
- ท่านมีการเรียกร้องค่าสินไหมจากบริษัทอื่นหรือไม่ โปรดระบุชื่อบริษัทและเลขที่กรมธรรม์ (Other Insurance, If Yes. Give Details).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นความจริง และขอให้ความยินยอมตามข้อความที่ปรากฏข้างล่างนี้

หนังสือให้ความยินยอมของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล นายแพทย์ผู้รักษา หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้อง มีอำนาจแจ้งถึงการเจ็บป่วยหรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติ
ทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา โยส่งยา หรือการรักษา และถ่ายสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือบันทึกการรักษาทางการแพทย์ของข้าพเจ้าต่อ
บริษัท ฟิแนนซ่าประกันชีวิต จำกัด หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนให้แก่ข้าพเจ้าที่จะได้รับอย่างถูกต้อง
เที่ยงธรรม อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย.....

วันที่.....



ใบรับรองแพทย์ผู้ตรวจรักษา
CERTIFICATE OF MEDICAL ATTENDANT

แพทย์ผู้ตรวจรักษาซึ่งออกใบแสดงความเห็นนี้ ควรเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ โดยบริษัทจะไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ในการให้ได้นำซึ่งเอกสารนี้

1) ชื่อและนามสกุลผู้ป่วย.....		อายุ.....	ปี
Patient's name and surname		Age	Years
2) เลขที่บัตรประจำตัว.....		<input type="checkbox"/> ประชาชน <input type="checkbox"/> ข้าราชการ <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
ID card No.		Citizen Official Other	
H.N.		A.N. X.N.	
3) วันที่มารับการรักษ (Date of hospital attending)			
ก. ผู้ป่วยนอก	วันที่.....	เวลา..... น.	ถึงวันที่.....
Out Patient	Date	Time AM/PM	To Date Time AM/PM
ข. ผู้ป่วยใน	วันที่.....	เวลา..... น.	ถึงวันที่.....
In Patient	Date	Time AM/PM	To Date Time AM/PM
4) สาเหตุการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย (Cause of injury / illness)			
5) วันที่เกิดเหตุ (Date of accident) เวลา (Time)..... น. (AM/PM)			
6) รายละเอียดการบาดเจ็บ / เจ็บป่วย (โปรดแจ้งลักษณะบาดแผล / อวัยวะที่บาดเจ็บ / อาการเจ็บป่วยและการวินิจฉัยโรค)			
Details of injury / illness symptom (Please specify wound and injured organs / Symptom or disease)			
1.			
2.			
3.			
7) รายละเอียดการรักษา (Details of Treatment) หรือผลการตรวจทางห้องทดลอง (Lab's Test)			
1.			
2.			
3.			
8) ได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่ (โปรดแจ้งสถานพยาบาล).....			
Had any previous treatment? (Please specify name of hospital / clinic)			
9) มารับการรักษาค้างสุดท้ายเมื่อ (Date of last treatment).....			
10) ผู้ป่วยมีครรภ์ / มีโรคอื่นอยู่แล้วหรือไม่ (ถ้ามีโปรดแจ้ง).....			
Has patient pregnancy / complication? (Please specify)			
11) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือไม่ (ถ้ามีโปรดแจ้ง).....			
Has patient personal illness? (Please specify)			
12) ความเห็นอื่น ๆ (Other comments).....			

ลงชื่อ.....	แพทย์ผู้รักษา	ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....
Signature	Attending Physician	Thailand's medical registration No.
วุฒิ (Diploma).....	วันที่ (Date).....	
สถานพยาบาล (Hospital / Clinic's Name).....	โทร. (Tel.).....	
(โปรดประทับตราสถานพยาบาล)		

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ผู้นี้กระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกจำต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง