

แบบฟอร์มคนไข้นอก กรณีเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (OPD CLAIM FORM)

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

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

ชื่อ-สกุล Name	วันเดือนปีเกิด Date of Birth	อายุ Age	ปี ปี
อาชีพ Occupation	บัตรประชาชน/อื่นๆ ระบุ ID Card/Other, please specify	เลขที่บัตร No.	
ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address		โทรศัพท์ Telephone No.	
บริษัทประกันภัยอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ) ชื่อบริษัท Other insurers (if any, please specify)	หมายเลขกรมธรรม์ Policy No.	ประเภทของการประกันภัย Type of Insurance	

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

วันที่เกิดเหตุ Date of accident	เวลาที่เกิดเหตุ Time	สถานที่เกิดเหตุ Place of accident
--	-------------------------------	--

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

โดยได้ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น บาท ยังคงเหลือวงเงินตามสิทธิสำหรับค่ารักษาพยาบาลอีก บาท
The cost of treatment that has already been given Baht The balance remaining under the limit for medical expensesBaht

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท ประกันภัยตามชื่อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบอำนาจนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ
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 Signed	ผู้เอาประกันภัย (the Insured person)	วันที่ 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? <input type="checkbox"/> Yes, <input type="checkbox"/> 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.....Speciality.....
Signature.....Date.....