

ใบคำขอเรียกค่าชดเชยการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) เนื่องจากอุบัติเหตุ

สำหรับ ผู้เอาประกันภัย	
ชื่อ-สกุล..... อายุ ปี โทรศัพท์..... อาชีพ, ที่อยู่, บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/ใบขับขี่ เลขที่	เลขที่กรมธรรม์POL# ลำดับที่ (ถ้ามี) เลขที่กรมธรรม์POL# รหัส วันที่บัตรมีผลบังคับSTART วันหมดอายุEXP..... จากการเกิดเหตุครั้งนี้ <input type="radio"/> ไม่เคยรักษาที่ใด <input type="radio"/> เคยรักษาที่สถานพยาบาล.....วันที่..... โดยใช้สิทธิ์ ไปแล้วรวมจำนวน..... บาท
วันที่เกิดอุบัติเหตุ เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ..... รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ:.....	กรณีที่มีสัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ AI, WI สามารถนำสำเนาใบเคลมนี้โดยให้ทาง โรงพยาบาลประทับตรารับรองสำเนาถูกต้อง ส่งเรียกค่าชดเชยAI,WIตามปกติ กรุณาระบุเลขที่กรมธรรม์ ค่ารักษาครั้งนี้ท่านใช้สิทธิ์ประกันอุบัติเหตุ หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้ บริษัท.....จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาโดยให้ถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายชดเชยค่าการรักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้า จะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง หมายเหตุ : บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบภายหลังพบว่ามีการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของท่านอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์	
หนังสือให้ความยินยอม	
ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้ โรงพยาบาล แพทย์ หรือ บุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจ แจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรัรักษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาล ใดๆ ต่อบริษัท หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ พยาน ลงนามวันที่..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้ยินยอม ลงนามวันที่..... (.....) (.....)	
สำหรับ แพทย์ผู้ทำการรักษา	
History taking from <input type="radio"/> Patient <input type="radio"/> Others (โปรดระบุ) Patient 's name..... HN 1. Date of Injury..... Time Place 2. Cause of injury , nature of wound and injured organs : 3. Do you smell alcohol for the patient <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> Not know Level of consciousness <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Confusion <input type="radio"/> Drowsiness <input type="radio"/> Semi-coma <input type="radio"/> Coma 4. Diagnosis : Underlying disease (DM , HT etc.) 5. Treatment : 6. X-ray / result : 7. Operation : 8. Has patient ever consulted doctor for this accident before ' <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes Date Consulted Name of Hospital..... 9. Any other comments / appointment / working leave / rest	
สำหรับ บริษัทฯ	
SIGNED ATTENDING PI (.....) Practitioner's license No. Date.....	

ค่าธรรมเนียมการออกใบรับรองแพทย์(ถ้ามี) ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบและชำระกับแพทย์หรือสถานพยาบาล