



บริษัท เอไอเอ จำกัด
แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมกรณีผู้ป่วยนอก
Outpatient (OPD) Claim Form



C42200

Hospital Name..... Individual Insurance Group Insurance



สแกนที่นี่! | สมัครรับเงินผลประโยชน์ผ่าน
บัญชีธนาคารแทนการรับเช็ค
 • สมัครฟรี • ปิดกั้นล้มเลิกบัญชีเงิน
 • ไร้กังวลเรื่องเช็คหาย • ไม่เสียค่าธรรมเนียมนำฝากเช็ค
*** สามารถใช้บริการรับเงินออนไลน์ใหม่ในครั้งถัดไป***

สำหรับผู้เอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... เพศ: ชาย หญิง เลขประจำตัวประชาชน: _____
 วันเดือนปีเกิด: อายุ: ปี เดือน อาชีพ:
 โทรศัพท์มือถือ: โทรศัพท์บ้าน: อีเมล:
 ที่อยู่ปัจจุบัน:
- กรมธรรม์เลขที่: ในรับรองเลขที่ (ถ้ามี)
 มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่ ไม่มี มี บริษัท: กรมธรรม์เลขที่:
- สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
 เจ็บป่วย อากาศ: ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้:
 สถานพยาบาลที่ เคยรักษา ก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้: วันที่ เข้ารับการรักษา:
 บาดเจ็บ วันที่ ได้รับความเจ็บ: เวลา: สถานที่ เกิดเหตุ:
 สาเหตุของการบาดเจ็บ:
 ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ ได้รับความเจ็บ:
- สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ไม่เคยรักษาที่ใด เคยรักษาที่ เมื่อ:
 โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้ความยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใดๆที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่างอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :
 * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
 ** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย: วันที่: พยาน: พยาน:
 (.....) ความสัมพันธ์: (.....) (.....)

For Physician

- Visit date: Time: Vital signs: T: P: R:..... BP:
- Chief complaint duration:
- Present illness or cause of injury:
- For Injury: Date of injury Time: Place of injury:..... Details of injury:
- Physical exam:.....
- Previous treatment for this illness or injury (Date & Place):
- The illness or injury influenced by alcohol or drug addict: () No () Yes, please specify
- 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
- Underlying condition:
- Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.):
- Diagnosis: ICD10-TM:
- Treatment:
- Surgery/Operation: Date performed: ICD9-CM:
 Anaesthesia Type: () General Anaesthesia () Spinal Anaesthesia () Local Anaesthesia () Others
- 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:

Remark: Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Medical Council