แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมอุบัติเหตุ หรือ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (AI/PA/IPD)

Allianz AYUDHYA

C 30010001

เลขที่บัตรประชาชน |_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|-|_|_|-|_|

- กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และส่งคืนบริษัทฯ พร้อมแนบใบสรุปรายการค่ารักษา และใบเสร็จของโรงพยาบาลภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาล
- รับเงินค่าสินไหมเร็วขึ้น เพียงท่านสมัครใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร *ดาวน์โหลดแบบฟอร์มผ่าน www.azay.co.th หรือขอรับแบบฟอร์มที่ เซอร์วิส เซ็นเตอร์ทุกสาขา
- รู้ผลการพิจารณาสินไหม และข้อมูลข่าวสารจากบริษัทฯ ก่อนใคร ง่ายๆ เพียงท่านระบุหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลลงในแบบฟอร์มนี้

เลขที่กรมธรรม์.....

ชื่อผู้นำส่ง..... โทรศัพท์..... วันนำส่ง.....

ชื่อตัวแทน | ผู้บริหารตัวแทน | นายหน้า..... รหัส..... โทรศัพท์.....

หน่วย | เขต | ภาค | ธนาคาร..... สาขา..... โทรสาร.....

1. **ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย**..... วัน เดือน ปีเกิด..... อายุ..... ปี

เพศ ☐ชาย ☐หญิง ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อหมู่บ้าน | อาคารชุด..... เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

แขวง | ตำบล..... เขต | อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... **โทรศัพท์มือถือ**..... **อีเมล**.....

บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ)..... กรมธรรม์ของบริษัทอื่น.....

อาชีพและลักษณะงาน.....

2. **กรณีเจ็บป่วย** อาการเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัย.....

ระยะเวลาของอาการก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้.....

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้..... วันที่เข้ารับการรักษา.....

3. **กรณีเกิดอุบัติเหตุ** วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลาเกิดเหตุ..... น. สถานที่เกิดเหตุ.....

โปรดระบุลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยละเอียด.....

.....

ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....

อาการปัจจุบัน.....

วันที่รับการรักษาครั้งสุดท้าย..... ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และทราบดีว่า หากข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ครบถ้วนอาจมีผลต่อการเรียกร้องค่าทดแทนอุบัติเหตุ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทฯ ได้

☐ **ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทฯ ทำการเปลี่ยนแปลงที่อยู่เป็นที่อยู่ปัจจุบันตามที่ระบุข้างต้นในกรมธรรม์ดังต่อไปนี้**

1..... 2..... 3.....

หมายเหตุ : เอกสารสินไหมจะส่งไปยังที่อยู่ล่าสุดที่ท่านได้แจ้งการเปลี่ยนแปลงไว้กับบริษัทฯ

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย วันที่.....

( ) ***กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้าตกลงมอบฉันทะให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่ บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย

( )

วันที่.....

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name..... ID Card No | | | | | | | | | | | | | |

Sex : ☐ Male ☐ Female H.N.# ..... A.N.# ..... X.N.# .....

Consultation Date.....(OPD case) or Admission Date .....Time ..... Discharge Date .....Time.....

For illness :

1. Date you first saw this patient for this illness ?.....
2. Chief complaint and duration of symptoms .....
3. In your opinion, how long should these symptoms persist for this illness.....

For Injury:

1. Date & Time of injury.....Date & Time you first saw this patient.....
2. Cause of injury.....
3. (Did you smell alcohol from the patient) ได้กลิ่นสุราจากผู้ป่วยหรือไม่ ☐ No ☐ Yes ☐ Not known

Level of consciousness ☐ Normal ☐ Confusion ☐ Drowsiness ☐ Semi-coma ☐ Coma

(Did the patient take any medication,drugs?) ผู้ป่วยกินยามาหรือไม่ ☐ No ☐ Yes (ชื่อ/ชนิด ของยา.....) ☐ Not known

Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs) / nature of wound and injured organs.....

.....

.....

Past History / Underlying diseases.....

Investigations.....

.....

Diagnosis 1. .....ICD10 .....Diagnosis 2. ..... ICD10 .....

Diagnosis 3. .....ICD10 .....Diagnosis 4. ..... ICD10 .....

Treatment.....

.....

Surgery/Operation..... ICD-9CM or 10TM..... Date performed.....

Anesthesia type : ☐ GA ☐ LA ..... Pathology report.....

Result / Complications.....

Is the illness related to alcohol , drug abuse or addiction ? ☐ No ☐ Yes .....

For Female : Was the patient pregnant at the time of treatment? ☐ No ☐ Yes .....wks (LMP.....)

Was the treatment related to infertility ? ☐ No ☐ Yes .....

HIV test ☐ Not done ☐ Done Result .....

Has the patient ever been treated by other doctors before? ☐ No ☐ Yes, please give name and address.....

.....

Was the injury/illness contributed to or influenced by any of the following (e.g. Pre-existing weakness or extened period of disability)?

a) Physical defects/congenital anomaly ☐ No ☐ Yes

b) Unfavorable past medical history ☐ No ☐ Yes

c) Degenerative change (s) ☐ No ☐ Yes

d) A family history that increased the probability or severity of this disease ☐ No ☐ Yes

e) Doctor's advice to have periodic **" Medical Screening "** for this disease of increased risk ? ☐ No ☐ Yes

If the answer is **" yes "** , please specify .....

Other past medical history :

Date	Sign & Symptom	Diagnosis	Treatment	Doctor / Hospital's Name

Other comments about the injury / illness.....

.....

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.

Name of physician..... Specialty..... License No.....

Hospital Name..... Address..... Telephone No.....

Signature..... Date .....

(.....)

ข้อควรทราบ ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งยังต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง