

Pre-arrangement Form

วันที่แจ้ง

Pre - arrangement No.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ-นามสกุล วันเดือนปีเกิด อายุ ปี เพศ

ที่อยู่ปัจจุบัน หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขบัตรประชาชน / พาสปอร์ต

เลขที่กรมธรรม์ Effective Date Expire Date

บริษัทประกัน หรือ สิทธิการรักษาอื่นๆ (ถ้ามีโปรดระบุ) เลขที่กรมธรรม์

วคป. ที่จะทำการรักษา ชื่อโรงพยาบาล

เข้ารับการรักษาเนื่อง

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์/โรงพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดที่ทำการรักษาข้าพเจ้า แจ้งข้อมูลหรือเปิดเผยประวัติทางการแพทย์และบันทึกการตรวจรักษา ซึ่งรวมถึงโรคจิตประสาทและโรคติดเชื้อไวรัส โรคเอดส์ รวมทั้งสำเนาเอกสารทั้งหมดต่อบริษัท
โตเกียวมารีนประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้รับมอบหมาย และให้ถือสำเนาใบยินยอมนี้มีผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ผู้เอาประกันภัยยินยอมและตกลงให้บริษัทส่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันภัยเข้าพักรักษาเสมือนหนึ่งได้จ่ายให้ แก่ผู้เอาประกันภัย ตามข้อตกลงและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่า ผู้เอา
ประกันไม่มีสิทธิที่จะได้รับเงินตามกรมธรรม์นี้ว่าสาเหตุใดๆ ผู้เอาประกันภัยยินยอมขอใช้เงินที่บริษัทได้ตกลงจ่ายไปแล้วทั้งสิ้น คืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับตั้งแต่วันที่ได้รับบอกกล่าว และหากผู้เอาประกันมีสิทธิได้รับเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยอื่นใดจาก
บริษัท ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้หักเงินดังกล่าวได้ตามจำนวนนี้ หากไม่เพียงพอ ผู้เอาประกันจะนำมาชำระจนครบจำนวน

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย วันที่ เวลา

(.....)

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์

Physician's Name

Medical Specialty.....Medical License No.

Vital Signs T.....PR.....RR.....BP.....

Chief complaint duration

.....

Underlying condition

Present Illness or cause of injury.....

Diagnosis.....

Plan of Treatment

Procedure ICD9-CM

Anesthesia type () GA () SB (.....) LA () Others

Pathological test

Surgery type : ☐ Day case

☐ IPD case

If yes please provide indication for admission.....

.....

Expected LOS Days Expected cost.....THB

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

สำหรับเจ้าหน้าที่ โตเกียวมารีน

จากการพิจารณาข้อมูลที่ได้รับ บริษัทฯขอเรียนว่า

() ยืนยันสิทธิเบื้องต้น SURGERY _____%

() ไม่สามารถใช้สิทธิได้ เนื่องจาก

.....

Attending physician summary และ Invoice มาด้วยเมื่อ discharge ไปอนุมัติเงินสงวนสิทธิ์ให้ควบคุมครองเฉพาะค่ารักษาที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์และการตรวจรักษาที่อนุมัติเท่านั้น

ลงชื่อผู้พิจารณา วันที่