

Admission Notification Form (all cases)

Hospital Name.....

☐ Individual Insurance

Company Name.....

☐ Group Insurance

Part A

สำหรับผู้เอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย : เพศ : ☐ ชาย ☐ หญิง เลขประจำตัวประชาชน :
วันเดือนปีเกิด : อายุ : ปี เดือน อาชีพ :
โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์บ้าน : อีเมล :
ที่อยู่ปัจจุบัน :
- กรมธรรม์เลขที่ : ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี) :
มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่น ๆ หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี บริษัท : กรมธรรม์เลขที่ :
- สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
☐ เจ็บป่วย อาการ : ระยะเวลาของอาการก่อนที่จะเข้ารับการรักษาคครั้งนี้ :
สถานพยาบาลที่เคยรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาคครั้งนี้ : วันที่เข้ารับการรักษาค :
☐ บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ : เวลา : สถานที่เกิดเหตุ :
สาเหตุของการบาดเจ็บ :
ลักษณะบาดเจ็บ ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ :
4. สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ☐ ไม่เคยรักษาที่ใด ☐ เคยรักษาที่ เมื่อ :
โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน บาท

หนังสือให้ความยินยอม

☐ ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งหรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาคนี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สร้างจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :

* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปี บริษัทให้บิดา/มารดา ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์

* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

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

ผู้ให้ความยินยอม : ในฐานะ ☐ บิดา/มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทผู้รับประกันภัยโดย scan QR Code และเลือกบริษัทประกันชีวิตที่ท่านใช้บริการ



For Hospital

- Visit date : Time : Vital signs : T : P : R : BP :
- Chief complaint and duration :
- Present illness or cause of injury :
- Physical exam :
- Previous treatment for this illness or injury (Date & Place) :
- 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 :
- Underlying condition :
- Provisional diagnosis : AdjRW=
- Can the condition be managed under Out Patient basis ☐ Yes ☐ No
(If No please provide more information)
- Reasons of admission
- Plan of treatment

Physician's name Medical license No. Specialty

(.....) Date.

Discharge Notification Form

Company name.....

Hospital Name.....

Part B**Medical certification**Patient's Name : Sex ☐ Male ☐ Female HN : AN : Age..... year(s)month(s)

Admission Date : Time : Discharge Date : Time : Consultation Date :

1. For Illness

a) Date you first saw this patient for this illness :

.....

b) Chief complaint and duration of symptom(s) :

.....

.....

.....

.....

2. For Injury

a) Date of injury..... Time:

b) Cause of injury.....

c) Details of injury

d) Did you smell alcohol from the patient?

☐ No ☐ Not known☐ Yes, blood alcohol test (if any) = mg%e) Level of consciousness ☐ Normal ☐ Confusion☐ Drowsiness ☐ Semi-coma ☐ Coma

f) Estimated time for recovery

.....

3. Did the patient need to be admitted to hospital? ☐ No ☐ Yes, indication for admission.....

.....

4. Vital signs : T..... P..... R BP.....**5.** Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs)

.....

6. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.)

.....

7. HIV Test ☐ No ☐ Yes, Result : Date performed :**8.** Underlying disease:**9.** Diagnosis 1 : ICD10-TM :

Diagnosis 2 : ICD10-TM :

Diagnosis 3 : ICD10-TM :

10. Treatment :

Adjusted RW

11. Surgery/Operation : ICD9-CM : Date performed :Anaesthesia Type : ☐ General Anaesthesia ☐ Spinal Anaesthesia ☐ Local Anaesthesia ☐ Others**12.** Pathological report :**13.** Complications (if any) :**14.** Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? ☐ No ☐ Yes, please specify**15.** For Female: Is the patient pregnant? ☐ No ☐ Yes, gestational age weeksWas the treatment related to infertility? ☐ No ☐ Yes, please specify**16.** Has patient ever been treated by another doctor before? ☐ No ☐ Yes, please give name and address**17.** Was the illness/injury contributed to or influenced by any of the followinga) Physical defects/congenital anomaly ☐ No ☐ Yesb) Degenerative change(s) ☐ No ☐ Yes**18.** Others past medical history

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Hospital

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

.....

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 : Thai 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 Thai Medical Council