แบบฟอร์มคนไข้ใน และแฟ็กซ์เคลม (IPD&FAX CLAIM FORM)

ถึง	บริษัท	จาก	โรงพยาบาล
To	กรมธรรม์เลขที่	From	ห้อง โทรศัพท์ โทรสาร
	เลขสมาชิก / ลำดับที่		กรณีแฟ็กซ์เคลมชื่อผู้ส่ง เวลาส่ง

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกัน (Patient Details)

ชื่อ – นามสกุล/Name.....วัน / เดือน / ปีเกิด/Date of Birth..... อายุ /Age.....ปี

บัตรประชาชน / อื่นๆ /ID Card - please specify..... เลขที่ (Card #).....

ที่อยู่ปัจจุบัน / Current Address..... โทรศัพท์ (Tel No.).....

ท่านมีประกันภัยกับบริษัทอื่นหรือไม่(Other Insurers)..... ถ้ามีโปรดระบุชื่อบริษัท (Please specify).....กรมธรรม์ (Policy No.).....

จากการเกิดเหตุครั้งนี้ท่าน / As a result of this incident, เคยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาล / I have been treated at .....

เมื่อวันที่ (Date of treatment) ..... โดยได้ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงิน /Cost of treatment given .....บาท (Baht)

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาครั้งนี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ส่วนค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ **บริษัทประกันภัยตามชื่อที่ปรากฏด้านบน** หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I agree and authorize the Company to pay medical expenses to the hospital where I have been treated. This payment will be considered as reimbursement of medical expenses under the terms and conditions of the policy. I shall be responsible for and pay myself any medical expenses in excess of the company's liability to the hospital directly. I hereby authorize any hospital, doctor or other person who has attended to me or any member of my family to furnish the **Insurance Company** or its representatives with all information including medical history, consultations, prescriptions, treatment, and copies of all hospital and medical records that are related to this claim. I agree that a photocopy of this Authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ลงนาม.....ผู้เอาประกันภัย / ผู้ยินยอม/Insured ลงนาม.....พยาน/Witness

( ) ( )

วันที่/date.....เดือน/month.....พ.ศ./year..... วันที่/date.....เดือน/month.....พ.ศ./year.....

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา (To be completed by the attending doctor) **HN.** ..... **AN.** .....

Admission date: ..... Time: ..... BP= ..... T. =..... P.= ..... R.=.....

Chief Complaint/duration : .....

Is the injury/illness directly related to an ACCIDENT? ☐ Yes ☐ No

Was the injury/illness influenced by the use of alcohol or drugs? ☐ Yes ☐ No

Initial diagnosis: .....Underlying conditions / disease: .....

Reason for admission : .....

Provisional diagnosis:..... ICD 10 : .....

Treatment plan: ..... ICD 9 : .....

Expected length of stay .....day (s) Estimated cost of treatment (THB.) .....

Previous treatment for similar illness ☐ Yes ☐ No

Date of consultation: ..... Hospital: .....

Other comments: .....

Doctor's Signature : ..... License Number: .....

(.....) Speciality: .....

ส่วนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

☐ กรมธรรม์มีผลบังคับและมีค่ารักษาพยาบาล (รอพิจารณารับรองค่ารักษาพร้อมส่วนที่4) ☐ ถ้า Admit เกิน.....วัน กรุณาแจ้งอีกครั้ง

☐ กรุณาส่งเคลมโดยวิธีปกติ (ส่งเอกสารเรียกร้องค่ารักษาโดยตรงกับบริษัท) เนื่องจาก.....

☐ บริษัทไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจาก .....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่สินไหม วันที่ .....เวลา .....

ส่วนที่ 4 ใบรายงานแพทย์ (Physician's Discharge Summary)

ถึง	บริษัท	จาก	โรงพยาบาล	โทรสาร	ผู้ส่ง

Patient's Name ..... HN ..... AN .....

Admission Date .....Time ..... Discharge Date ..... Time .....

Please give full details relating to the treatment.

For Illness:

1. The date you first saw the patient for this illness: .....
2. Chief complaint and duration of symptoms: .....
3. In your opinion, how long should symptoms persist for this illness: .....

For Accident:

1. Date & time of accident ..... Date & time you first saw this patient .....
2. Cause of accident, nature of wound, injured organs: .....
3. Was the patient under the influence of alcohol or drugs at the time of arrival to the hospital? ( ) No ( ) Yes .....

Pertinent clinical findings (Symptoms & Signs): .....

.....

Underlying diseases: .....

Investigations/ pathological studies: .....

.....

.....

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

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

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

(Please state the diagnosis leading to treatment on this admission (not including underlying diseases or conditions not treated). Please rank in order from the most important.)

Treatment: .....

.....

Surgery/ Operation ..... ICD9 / CPT .....

Result/ Complications .....

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

Is the patient pregnant? ( ) No ( ) Yes Gestation age .....Wks

Was the treatment related to infertility? ( ) No ( ) Yes .....

HIV test? ( ) Not done ( ) Done Result .....

Has the patient been treated by other doctors? ( ) No ( ) Yes, (Please give name and address) .....

The Patient's Medical History

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Physician/ Hospital Name

Estimated time for recovery .....

Other Comments.....

Signed ..... Medical License No. .....

(.....) Speciality ..... Date:.....