



บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

43 อาคารไทย ซีซี ทาวเวอร์ ชั้นที่ 33 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์ : 02-033-9000 ทะเบียนเลขที่ 0107537001081

หนังสือเรียกร้องเงินค่ารักษาในโรงพยาบาล

HS

HB

1. ชื่อและนามสกุล.....อายุ.....ปี เลขที่กรมธรรม์.....
ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....
สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

2. รายละเอียดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- (ก) ชื่อโรงพยาบาล.....ชื่อแผนกที่ได้รับการรักษา.....
- (ข) ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา ขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล.....
- (ค) การวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้ให้การรักษา.....
- (ง) ได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ไม่ได้ผ่าตัด ผ่าตัด โปรดระบุรายละเอียด.....
- (จ) ได้รับการตรวจตามรายการต่อไปหรือไม่ เอ็กซเรย์ ตรวจหัวใจ ตรวจเลือด อื่นๆ

3. กรณีที่การรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

- (ก) วันที่เกิดอุบัติเหตุ.....เวลา.....น.
- (ข) สถานที่เกิดอุบัติเหตุ.....
- (ค) ชื่อและที่อยู่ของผู้เห็นเหตุการณ์.....
- (ง) อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (ระบุรายละเอียด).....
- (จ) อวัยวะที่บาดเจ็บ ตำแหน่งและลักษณะบาดแผล.....

4. กรณีรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากความเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

- (ก) อาการเจ็บป่วย.....
- (ข) อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

(ค) รายละเอียดของการปรึกษาทางการแพทย์

แพทย์คนแรกที่ท่านปรึกษาก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้
แพทย์ที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
แพทย์อื่นๆ ที่ให้คำปรึกษา
แพทย์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการลักษณะเดียวกับนี้ในอดีต

วันที่	ชื่อและที่อยู่ของแพทย์
.....
.....
.....
.....

5. กรณีสตรี กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

ขณะที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่ ไม่มี มี ถ้ามี ตั้งครรภ์มาแล้ว.....เดือน

6. ชื่อสถาบัน หรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์ (กรณีได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น)

.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าแบบฟอร์มเรียกร้องฉบับนี้ตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แนบและส่งมอบให้ไว้แก่บริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อเท็จจริงทั้งหมดเป็นอย่างดี และขอรับรองว่าถูกต้องตรงตามความเป็นจริงทุกประการ และทราบดีว่า หากกรอกข้อความไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดข้อขัดข้องในการเรียกร้องค่าสินไหม และการพิจารณาต่อสัญญาประกันภัยของบริษัทได้

คำขอฉบับนี้ทำขึ้น ณ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... เมื่อวันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
(.....) (.....) (.....)

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรรมสิทธิ์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรรมสิทธิ์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรรมสิทธิ์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรรมสิทธิ์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่าผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัท เคดับบลิวไอ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :

* กรณีผู้เอาประกันภัยป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ความสัมพันธ์.....

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่...../...../.....

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name..... Age:years Sex : male female
 ID No..... H.N. # A.N. # X.N. #
 Date admitted..... Time..... Date discharged Time.....

1. CHIEF COMPLAINT:

.....

2. **FOR ILLNESS**

A. How long had the patient experienced the symptoms? days/weeks/years.

B. How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation? days/weeks/years.

C. Did you advise the patient to be admitted to the hospital? No Yes

Indication for admission.....

3. **FOR ACCIDENT**

A. Date & time of accident: Date : Time.....

B. Cause of accident:

C. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital?

No Yes.....

4. Date first saw the patient for this illness / Injury:

5. (a) Present illness/Details of Injury:

(b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs)

6. (a) Pertinent lab / Investigations:

(b) HIV Test Yes, result..... No

7. Diagnosis 1ICD 10 Diagnosis 2ICD 10

Diagnosis 3ICD 10 Diagnosis 4ICD 10

(Including principle under lying condition and complication)

8. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.):

.....

(b) Operation: ICD 9 Pathology report :

Surgeon's Name..... Specialty..... Date performed.....

(c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion. No Yes, please give detail

.....

9. (a) Result of Treatment: Good Fair Poor

(b) Possibility of recurrence? Yes No

10. (a) Date of the last treatment / Follow up:

(b) The patient's symptoms at the time of your last consultations / examination?

11. Was the patient referred to you by other physician (s) ? Yes No

Doctor: Clinic / Hospital:

12. Was the injury / illness contributed to or influenced by any of the following (eg. Pre-existing weakness or extended 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 because of increased risk? No Yes
- f) Alcohol or drugs No Yes

If the answer is "yes", please specify

.....
.....

13. Other past medical history:

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor/Hospital's Name
.....
.....
.....
.....

14. FOR FEMALE : Was the patient pregnant at the time of treatment No Yes.....weeks (LMP :)
: Was the treatment relate to infertility No Yes.....

15. 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..... Tel. No.....

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

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาชีพแพทย์ ทำการรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง