

บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด(มหาชน)  
แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนผู้ป่วยนอก กรณีเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ  
Outpatient (OPD) Claim Form  
Group Insurance

Hospital Name.....

สำหรับผู้เอาประกันภัย

- ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... เพศ:  ชาย  หญิง เลขประจำตัวประชาชน: .....  
วันเดือนปีเกิด: ..... อายุ: ..... ปี ..... เดือน อาชีพ: .....  
โทรศัพท์มือถือ: ..... โทรศัพท์บ้าน: ..... อีเมล: .....  
ที่อยู่ปัจจุบัน: .....
- กรมธรรม์เลขที่: ..... ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี) .....  
มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่  ไม่มี  มี บริษัท: ..... กรมธรรม์เลขที่: .....
- สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้  
 เจ็บป่วย อาการ: ..... ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้: .....  
สถานพยาบาลที่ เคยรักษา ก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้: ..... วันที่ เข้ารับการรักษา: .....  
 บาดเจ็บ วันที่ ได้รับบาดเจ็บ: ..... เวลา: ..... สถานที่ เกิดเหตุ: .....  
สาเหตุของการบาดเจ็บ: .....  
ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ: .....
- สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่  ไม่เคยรักษาที่ใด  เคยรักษาที่ ..... เมื่อ: .....  
โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน ..... บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันชีวิตอื่น บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อเท็จจริงเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ใด อันมีสาเหตุในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่าฉันผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

กรณีที่เรียกวงเงินสินไหมผ่านโรงพยาบาล หรือบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย หรือ Fax Claims Service ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทจะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากรวันที่ได้รับค่าบอกกล่าว

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ \* กรณีที่มีสิทธิเรียกร้องสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย มิได้ขัดข่าหรือปิดกั้นข้อมูลศาสนาหรือหมู่โลหิตที่ปรากฏบนสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง เป็นต้น บริษัทจะดำเนินการขูดข่าหรือปิดกั้นข้อมูลเพื่อคุ้มครองข้อมูลอ่อนไหวของท่าน \*\* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ \*\*\* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย : ..... วันที่ : ..... พยาน : ..... พยาน : .....  
(.....) ความสัมพันธ์ : ..... (.....) (.....)  
ผู้ให้ความยินยอม : ..... ในฐานะ  ยึด/มารดา  ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

For Physician

- Visit date: ..... Time: ..... Vital signs: T: ..... P: ..... R: ..... BP: .....
- Chief complaint duration: .....
- Present illness or cause of injury: .....  
For Injury: Date of injury: ..... Time: ..... Place of injury: ..... Details of injury: .....
- Physical exam: .....
- Previous treatment for this illness or injury (Date & Place):.....
- The illness or injury influenced by alcohol or drug addict: ( ) No ( ) Yes, please specify .....
- 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: .....  None of above
- Underlying condition: .....
- Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.):.....
- Diagnosis:..... ICD10-TM: .....
- Treatment:.....
- Surgery/Operation: ..... Date performed: ..... ICD9-CM: .....  
Anaesthesia Type: ( ) General Anaesthesia ( ) Spinal Anaesthesia ( ) Local Anaesthesia ( ) Others .....
- Pathological report: .....

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: ..... Medical license no: .....  
(.....) Tel no: ..... Date: .....  
Medical institute: ..... Address: .....