

บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต

แบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมผู้ป่วยนอกผ่านสถานพยาบาล (OPD Cashless Claim Form)

สำหรับผู้เอาประกันภัย เพื่อเป็นการรักษาผลประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วนสมบูรณ์

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง
 เลขที่บัตรประชาชน..... อาชีพและลักษณะงาน.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน..... รหัสไปรษณีย์.....
 โทรศัพท์บ้าน/มือถือ..... E-mail Address

2. **กรณีอุบัติเหตุ** วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลา..... น. สถานที่เกิดเหตุ.....
 ลักษณะเหตุการณ์ที่เกิด.....
 รายละเอียดการบาดเจ็บ.....

3. **กรณีเจ็บป่วย** ลักษณะการเจ็บป่วย,
 อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใดก่อนที่ผู้เอาประกันภัยจะเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล.....

4. ชื่อสถานพยาบาล/วันที่เข้ารับการรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ วันที่เข้ารับการรักษา.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง และยินยอมให้บริษัทฯ จ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาครั้งนี้แก่สถานพยาบาล และ
 ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านสถานพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าอาการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุครั้งนี้ไม่
 อยู่ภายใต้เงื่อนไขความคุ้มครอง และ/หรืออยู่ภายใต้ข้อยกเว้นแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ในกรณีที่บริษัทฯ ได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่
 จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทฯ

ข้าพเจ้าตกลงมอบฉันทะให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูล ประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจ
 รักษา หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่ บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วน
 บุคคลของข้าพเจ้า ตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามิ
 ผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย/ผู้ปกครอง
 (.....) วันที่

สำหรับเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล

เลขที่กรมธรรม์	วันที่เริ่มคุ้มครอง	วันที่สิ้นสุดความคุ้มครอง	วงเงิน OPD	ค่าใช้จ่ายร่วม	รับประกันแบบยกเว้นความคุ้มครอง
					<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรรระบุ.....
					<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรรระบุ.....
					<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โปรรระบุ.....

ประทับตราสถานพยาบาล

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่สถานพยาบาล
 (.....) วันที่

ใบรับรองแพทย์

วันที่เข้ารับการรักษา

อาการ

การตรวจเพิ่มเติม

คำวินิจฉัย.....

การรักษา

โรคประจำตัว

ความเห็น

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้รักษา/เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์,
 (.....) วันที่