

ส่วนที่ 1 Admission (Form A)

กรุณาเขียนตัวบรรจง

ถึง	<input type="checkbox"/> อลิอันซ์ อยูรธา	<input type="checkbox"/> AIA Health Care	<input type="checkbox"/> ไทยประกันชีวิต	จาก	โรงพยาบาล.....ห้อง.....
	<input type="checkbox"/> กรุงเทพประกันชีวิต	<input type="checkbox"/> เมืองไทยประกันชีวิต	<input type="checkbox"/> บupa ประกันสุขภาพ		หมายเลขโทรสาร.....
หมายเลขโทรสาร 0-2305-7013				ชื่อผู้ส่ง.....	

ตอนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย

รหัส VRS \_ \_ \_

ชื่อ-สกุล.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ.....บัตรประชาชน/อื่น (ระบุ) .....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....เลขที่บัตร.....

เลขที่กรมธรรม์.....ใบรับรองเลขที่.....

บริษัทประกันอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ).....เลขที่กรมธรรม์.....

**กรณีอุบัติเหตุส่วนบุคคล** เลขที่กรมธรรม์.....ลำดับที่ (ถ้ามี).....การเกิดเหตุครั้งนี้ ( ) ไม่เคยรักษาที่ใด ( ) เคยรักษาที่.....เมื่อ.....โดยชำระเงินเอง หรือ ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงิน.....บาท

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายชดเชยค่าการรักษายาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนด และเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ แม้บริษัทฯ จะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทฯ ได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระหนี้สินคืนแก่บริษัทฯ ภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าออกกล่าว

ข้าพเจ้าตกลงมอบอำนาจให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูล ประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา รวมทั้งการตรวจรักษาหรือแจ้งผลการตรวจรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคมุ้มน้กัมนบพร่อง (HIV/AIDS) หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่ บริษัทฯ และยินยอมให้ บริษัทฯ จัดเก็บ รวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ โดยเพื่อประกอบการพิจารณาสินไหมทดแทนและการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของเอกสารฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้ว จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกันภัย วันที่..... พยาน.....

(.....) (.....)

หมายเหตุ: กรณีเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์

ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

Physician's Name .....Medical Specialty..... Medical License no.....

Patient Information

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

H.N. ....A.N.....

Vital signs T: .....BP:.....P:.....R:.....

Chief complaint/duration.....

Present illness or Cause of injury .....

Previous treatment for this illness or injury (Date & Place) .....

The illness directly related to an accident ( ) Yes ( ) No

If yes, date..... time.....

The illness or injury influenced by alcohol or drug addict. ( ) Yes ( ) No

Underlying condition.....

Provisional Diagnosis.....

Indication for Admission.....

Plan of Treatment.....

Expected length of stay.....(days)

Others.....

Private case  Hospital case

Signature.....

ตอนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

บริษัทได้พิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับ ขอเรียนว่า  ยืนยันสิทธิเบื้องต้น (\*ทางบริษัทขอสงวนสิทธิ์การจ่ายถ้าสภาวะไม่ได้รับความคุ้มครองตามสัญญา)

ไม่สามารถให้บริการได้เนื่องจาก  ไม่มีสัญญาค่ารักษาพยาบาล  สัญญาขาดผลบังคับ  เป็นข้อยกเว้นตามเงื่อนไขกรมธรรม์

อายุสัญญาอยู่ในระยะเวลาที่ยังไม่สามารถใช้สิทธิ  ขอพิจารณาพร้อมส่วนที่ 2 (Form B)

สัญญาอยู่ในระยะเวลาผ่อนผันการชำระเบี้ย  อื่น ๆ .....

ลงชื่อ..... ผู้พิจารณา บริษัท..... วันที่.....เวลา.....

## เงื่อนไขในการรับบริการ

ผู้เอาประกันตกลง ยินยอม ผูกพันให้บริษัทที่เอาประกันมีสัญญาต่อกัน อนุมัติการใช้บริการโดยมีเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ผู้เอาประกันยินดี ยินยอม และตกลงให้บริษัทสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ผู้เอาประกันเข้าพักรักษาเสมือนหนึ่งได้จ่ายให้แก่ผู้เอาประกัน ตามข้อตกลงและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่า ผู้เอาประกันไม่มีสิทธิที่จะได้รับเงินตามกรมธรรม์นี้ไม่ว่าด้วยสาเหตุใด ๆ ผู้เอาประกันยินยอมชดใช้เงินที่บริษัทได้ทดลองจ่ายไปแล้วทั้งสิ้น คืนแก่บริษัทภายใน 7 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับคำบอกกล่าว และหากผู้เอาประกันมีสิทธิได้รับเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยอื่นใดจากบริษัท ผู้เอาประกันยินยอมให้หักเงินดังกล่าวได้ตามจำนวนนี้ หากไม่เพียงพอ ผู้เอาประกันจะนำมาชำระจนครบจำนวน
2. ผู้เอาประกันยินยอมให้แพทย์/โรงพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ที่ทำการรักษาผู้เอาประกันแจ้งข้อมูลหรือเปิดเผยประวัติทางการแพทย์และบันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมาข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือด และการตรวจรักษาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งทั้งหมดพร้อม รวมทั้งสำเนาเอกสารดังกล่าวทั้งหมดต่อบริษัท หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายและให้ถือว่าสำเนาใบยินยอมนี้มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ
3. บริษัทสงวนสิทธิในการให้ความคุ้มครอง และ/หรือชำระค่ารักษาพยาบาล หรือเงินชดเชยใด ๆ หากพบว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายใต้ข้อยกเว้นของสัญญาเพิ่มเติมสุขภาพต่าง ๆ ถึงแม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม
4. ผู้เอาประกันยินยอมที่จะจ่ายค่าใช้จ่ายส่วนเกินสิทธิตามความคุ้มครองที่ผู้เอาประกันมีอยู่ตามกรมธรรม์และสัญญาเพิ่มเติมทั้งหมดให้แก่โรงพยาบาลเอง

หมายเลขติดต่อของบมจ.อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต

โทรศัพท์ 0-2305-7659 , 0-2305-7669

โทรสาร 0-2305-7013 (Form A) และ 0-2305-7014 (Form B)