อาคเนย์ ประกันชีวิต SOUTHEAST LIFE INSURANCE

แบบฟอร์มคนไข้นอก กรณีเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (OPD CLAIM FORM)

To	Departement : Group Insurance TEL. 0-2233-3694 , 0-2233-7590 FAX. 0-2237-7494 , 0-2631-1386 HOTLINE: 081-991-8370,081-911-1743	From	Hospital name …………………… TEL. …………………… FAX. ……………………

ส่วนที่ 1(A) สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอก / Section 1 (To be completed by the Insured Person)

ชื่อ – สกุล วันเดือนปีเกิด อายุ ปี
Name …………………… Date of Birth …………………… Age …………… years

อาชีพ บัตรประชาชน / อื่น ๆ ระบุ เลขที่บัตร
Occupation …………………… ID Card / Other, please specify …………………… No ……………………

ที่อยู่ปัจจุบัน โทรศัพท์
Current Address …………………… Tel. No……………………

บริษัทประกันภัยอื่น ๆ (ถ้ามีโปรดระบุ) ชื่อบริษัท หมายเลขกรมธรรม์ ประเภทของการประกันภัย
Other insurers (if any, please specify) …………………… Policy No …………………… Type of Insurance ……………………

อาการเจ็บป่วยหรือ อุบัติเหตุ ลักษณะของอาการหรือการเกิดเหตุโดยสังเขป
Symptoms of illness or accident & brief details of how the accident occurred ……………………

……………………

……………………

วันที่เกิดเหตุ เวลาที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ
Date of accident …………………… Time …………………… Place of accident ……………………

การเจ็บป่วย/การเกิดเหตุครั้งนี้ท่าน ☐ ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน ☐ เคยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาล เมื่อวันที่
As a result of this Illness or accident, I have not been treated I have been previously treated at …………………… Date of Treatment ……………………

โดยได้ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น บาท ยังคงเหลือวงเงินตามสิทธิสำหรับค่ารักษาพยาบาลอีก บาท
The cost of treatment that has already been given …………………… Baht The balance remaining under the limit for medical expenses …………………… Baht

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อบริษัทประกันภัย ตามชื่อที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I here by 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, consultation, prescriptions, treatment and copies of all hospital & medical records related to this claim. I agree that a photocopy of this Authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย วันที่
Signed ✕ …………………… (the Insured Person) Date ……………………

ส่วนที่ 2(B) สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษากรอก / Section 2 Medical Information (To be completed by the attending doctor)

The Patient's Name …………………… Is the illness / injury related to an accident? ☐ Yes ☐ No

Chief Complaint ……………………

1. Symptom / Accident date ……………………Time……………………
2. Date you first saw the patient for this illness / injury ……………………
3. (A) Present illness / Details of injury……………………

   ……………………

   (B) Pertinent clinical findings (symptom & signs)……………………

   ……………………Level of consciousness ☐ Normal ☐ Confusion ☐ Drowsiness ☐ Semi-coma ☐ coma

   Underlying conditions / disease : ……………………
4. Diagnosis ICD 10 ……………………

   ……………………
5. Treatment ☐Suture …………… stitch ☐ Wound dressing ☐ Physical therapy ☐ Medication / Investigation / Other (please specify) ……………………

   ……………………

   ……………………
6. Was the injury/illness influenced by the use of alcohol or drugs? ☐ Yes ☐ No Evidence : Did you smell alcohol from patient ? ☐ Yes ☐ No ☐ Not know
7. Was the patient pregnant at the time of treatment? ☐ Not Suspected ☐ Yes …………………… Weeks (LMP ……………………)
8. Other comments / follow up / expected leave from work (days) ……………………

   ……………………

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.

Hospital name ……………………Telephone Number ……………………

Name of physician …………………… Medical License No …………………… Speciality ……………………

Signature ✕ …………………… Date ……………………