

บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

ส่วนที่ 1 Admission

ใบแจ้งข้อมูลเบื้องต้นของสมาชิกผู้ประกันสุขภาพกลุ่ม

กรุณาเขียนด้วยตัวบรรจง

จาก โรงพยาบาล.....	ถึง สำนักงานสินไหมประกันกลุ่ม ฝ่ายสินไหมทดแทน
แฟกซ์.....โทร.....	แฟกซ์ 0-2237-7494, 0-2631-1386 โทร. 0-2233-7590, 0-2233-3694
ชื่อผู้ส่ง.....	Hot Line: 081-991-8370, 081-911-1743

ตอนที่ 1 สำหรับสมาชิกผู้ประกัน

ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ..... บัตรประชาชนเลขที่.....
 ที่อยู่ติดต่อได้..... โทรศัพท์.....
 ผู้ถือกรมธรรม์.....เลขที่บัตรสมาชิก.....

การรักษานี้ท่านได้ใช้สิทธิประกันสังคมหรือสิทธิบริษัทประกันอื่นก่อนหรือไม่ ไม่ใช่ ใช่ คือ.....

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทดรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าพำนักรักษาเสมือนหนึ่งว่าได้จ่ายให้ข้าพเจ้าตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิที่จะได้รับเงินตามกรมธรรม์ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยเงินที่บริษัทฯ ได้ทดรองจ่ายไปแล้วทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายในกำหนด 7 วัน นับแต่ได้รับคำบอกกล่าวและหากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยอื่นใดจากบริษัทฯ ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้หักเงินดังกล่าวได้ตามจำนวนที่นั้น หากไม่เพียงพอข้าพเจ้าจะนำมาชำระจนครบจำนวน

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์/โรงพยาบาล/หรือบุคคลอื่นใดที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าแจ้งข้อมูลหรือเปิดเผยประวัติทางการแพทย์และบันทึกการตรวจรักษา รวมทั้งสำเนาเอกสารดังกล่าวทั้งหมดต่อ บริษัท อากเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายและให้ถือว่าข้าพเจ้ายินยอมมีผลบังคับได้เช่นเดียวกับคั่นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้เอาประกัน
วันที่.....

ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

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

Admission Date..... Time.....	Underlying condition.....
H.N..... A.N.....	Provisional Diagnosis.....
Vital signs T..... BP..... P..... R.....	Indication for Admission.....
Chief complaint/duration.....	Plan of Treatment.....
Present illness or cause of injury.....	Expected Length of stay..... day(s) Others.....
Previous treatment for this illness or injury (Date&Place).....	() Private case..... () Hospital case
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.....	Signature.....

ตอนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท (วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.30-17.00 น.) (วันเสาร์-อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 8.30-18.00น.) จากข้อมูลที่ได้รับบริษัทฯ ขอเรียนว่า

- สามารถให้บริการเครดิตได้ โดยในวันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ให้ดำเนินการดังนี้
 - FAX CLAIM เวลาทำการของบริษัท
 - พิจารณาพร้อมใบเคลมส่วนที่ 2
 - วางบิลค่ารักษาพยาบาลกับบริษัท อากเนย์ฯ ทั้งหมด
 - อื่นๆ.....
- ไม่สามารถให้บริการเครดิตได้ ให้ผู้เอาประกันสำรองจ่ายไปก่อน เนื่องจาก
 - ข้อยกเว้นตามสัญญากรมธรรม์
 - ผู้ถือกรมธรรม์ไม่มีสัญญาขอใช้บริการเครดิตกับรพ.
 - ตามข้อมูลบริษัท กรมธรรม์สิ้นสุดบังคับ
 - อื่นๆ.....

หมายเหตุ : กรณีเป็นโรคอื่นนอกเหนือจากโรงพยาบาลแจ้งไว้ บริษัท อากเนย์ฯ จะไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....
วันที่.....

กรณีรักษาเกิน 3 วัน กรุณาแจ้งบริษัททุกครั้ง

กรณีใช้สิทธิร่วมกับประกันสังคมหรือกับบริษัทอื่น

บริษัทจะจ่ายเฉพาะส่วนเกินสิทธิ

ส่วนที่ 2 ใบรายงานแพทย์ (Physician's Discharge Summary)

DAY SURGERY

To	Departement : Life Claims (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 In-Patient TEL. , FAX. Day Surgery TEL. FAX.
----	--	------	--

Patient's Name : HN : AN :

Admission Date : Time : Discharge Date : Time :

Please give full details relating to the treatment.

For Illness :

1. The date you first saw the patient for this illness :

2. Chief complaint and duration of symptoms :

3. In your opinion, how long should symptoms persist for this illness :

For Accident :

1. Date & time of accident : Date & time you first saw this patient :

2. Cause of accident, nature of wound, injured organs :

3. Was the patient under the influence of alcohol or drugs at the time of arrival to the hospital? No Yes :

Patient clinical findings (Symptoms & signs) :

Underlying diseases :

Investigations / pathological studies :

Diagnosis ICD 10

(Please state the diagnosis leading to treatment on this admission (not including underlying diseases or conditions not treated). Please rank in order from the most important.)

Treatment :

Surgery / Operation ICD 9 / CPT

Result / Complications

Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? No Evidence Yes

Is the patient pregnant? Not Suspected Yes Gestation age Wks

Was the treatment related to infertility? No Yes

HIV test? Not done Done Result (Patient's signature and consent to release

Has the patient been treated by other doctors? No Yes (Please give name and address)

The Patient's Medical History

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Physician / Hospital Name

Estimated time for recovery

Other comments / follow up: expected leave from work (days)

Signed Medical License No.

Speciality Date :