

ถึง : ศูนย์เฮลท์แคร์ 0-2651-4845 หมายเลขโทรสาร 0-2651-4846-7	จากโรงพยาบาล : ชื่อผู้ส่ง : หมายเลขโทรสาร แจ้งบริษัทฯวันที่.....เวลา.....
---	---

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย	
ชื่อ - นามสกุล.....	วันเดือนปีเกิดอายุ.....เพศ.....
บัตรประจำตัวประชาชน / อื่นๆ (ระบุ)	เลขที่ วันออกบัตร วันหมดอายุ
เลขที่กรมธรรม์	กรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัทฯ อื่น (ถ้ามี)
ที่อยู่ปัจจุบัน	โทรศัพท์
วันที่เข้ารับการรักษา.....	เวลา.....ห้อง.....HN.....AN.....

1. ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ส่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าเข้าพักรักษาเสมือนหนึ่งว่าได้จ่ายให้แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิ์ที่จะได้รับเงินตามกรมธรรม์ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยเงินที่บริษัทฯได้สำรองจ่ายไปแล้วทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทฯภายใน 7 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับคำบอกกล่าว และหากข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยอื่นใดจากบริษัทฯข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าวได้ตามจำนวนหนี้สิน หากไม่เพียงพอข้าพเจ้าจะนำมาชำระจนครบจำนวน
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์/โรงพยาบาลหรือบุคคลอื่นใดที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าแจ้งข้อมูลหรือเปิดเผยประวัติทางการแพทย์ และบันทึกการตรวจรักษา รวมทั้งสำเนาเอกสารทั้งหมดต่อ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายและถือสำเนาใบยินยอมนี้ผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย วันที่..... เวลา

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาในเบื้องต้น	มีโรคประจำตัวหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โรค
Admission date Time	ตรวจพบครั้งแรกเมื่อ ที่
T.....°C, P.....min, BP...../mm Hg, R...../min	The illness or injury influenced by alcohol or drug addict
<input type="checkbox"/> เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ วันที่เกิดเหตุ	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
อาการสำคัญ	INITIAL DIAGNOSIS
.....	INDICATION FOR ADMISSION.....
รายละเอียดการเจ็บป่วย (อุบัติเหตุ)	PLAN OF TREATMENT
ผู้ป่วยแจ้งมีอาการดังกล่าวมานานเท่าใด.....	PROCEDURE / SURGERY
ผู้เอาประกันภัยเคยพบแพทย์เกี่ยวกับอาการดังกล่าวมาก่อนหรือไม่	Expected Length of stay (days)
<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย พบที่ ร.พ. เมื่อ	ผู้เอาประกันภัยมีครรภ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี
	LMP.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ทำการรักษาหรือพยาบาลผู้ซักประวัติ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่.....

ส่วนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์เฮลท์แคร์	Ref.APPROVAL No.....
บริษัทฯ พิจารณาการเรียกร้องค่าทดแทนรายนี้แล้วขอเรียนว่า	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถให้บริการได้นื่องจาก
<input type="checkbox"/> สามารถให้บริการเครดิตได้	<input type="radio"/> อายุกรมธรรม์ยังไม่พ้น 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ทำประกัน
<input type="checkbox"/> รอพิจารณาจากข้อมูลการรักษาทั้งหมดเมื่อเสร็จสิ้นการรักษา	<input type="radio"/> กรมธรรม์ขาดผลบังคับ
<input type="checkbox"/> ให้สมาชิกสำรองจ่ายและส่งเอกสารมาพิจารณาตามปกติ	<input type="radio"/> ความเจ็บป่วยอยู่ในระยะเวลาที่รอการชำระเบี้ยประกัน
ลงชื่อ ผู้พิจารณา	<input type="radio"/> ข้อยกเว้นของความคุ้มครองตามเงื่อนไขกรมธรรม์
(.....)	<input type="radio"/> อื่นๆ
วันที่	