

ถึง : ศูนย์เฮลท์แคร์: 0-2651-4845 หมายเลขโทรสาร : 0-2651-4846-7	จากโรงพยาบาล : ชื่อผู้ส่ง :หมายเลขโทรสาร แจ้งบริษัทฯวันที่.....เวลา.....
ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย	
ชื่อ - นามสกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....เพศ..... บัตรประจำตัวประชาชน / อื่นๆ (ระบุ).....เลขที่.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ..... เลขที่กรมธรรม์.....กรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัทฯ อื่น (ถ้ามี)..... ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์..... วันที่เข้ารับการรักษา.....เวลา.....ห้อง.....HN.....AN.....	

- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้าพักรักษาเสมือนหนึ่งว่าได้จ่ายให้แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่า ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิ์ที่จะได้รับเงินตามกรมธรรม์ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่บริษัทฯได้สำรองจ่ายไปแล้วทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทฯ ภายใน 7 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับคำบอกกล่าวและหากข้าพเจ้ามีสิทธิ์ได้รับเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยอื่นใดจากบริษัทฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าวได้ตามจำนวนหนึ่งนั้นหากไม่เพียงพอ ข้าพเจ้าจะนำมาชำระจนครบจำนวน
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์/โรงพยาบาลหรือบุคคลอื่นใดที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าแจ้งข้อมูลหรือเปิดเผยประวัติทางการแพทย์ และบันทึกการตรวจรักษา รวมทั้งสำเนาเอกสารทั้งหมดต่อบริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายและถือสำเนาไปยินยอมนี้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย วันที่.....เวลา.....
(.....)

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาในเบื้องต้น	Date of this procedure Time
<input type="checkbox"/> เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ เมื่อวันที่.....	DIAGNOSIS
<input type="checkbox"/> อาการสำคัญ.....	INDICATION
T.....°C, P...../min, BP...../mm Hg,R...../min	<input type="checkbox"/> การวินิจฉัยโดย
<input type="checkbox"/> มีอาการดังกล่าวมานานเท่าใด.....	<input type="checkbox"/> Ultrasound (ระบุส่วน)
<input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัยเคยพบแพทย์เกี่ยวกับอาการดังกล่าวมาก่อน หรือไม่	<input type="checkbox"/> CT Scan (ระบุส่วน)
<input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย พบที่ ร.พ.เมื่อ.....	<input type="checkbox"/> MRI (ระบุส่วน).....
<input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัวหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โรค.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ
ตรวจพบครั้งแรกเมื่อ.....ที่ ร.พ.	<input type="checkbox"/> การผ่าตัดเล็กที่ไม่จำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (โปรดระบุหัตถการที่ทำ).....
<input type="checkbox"/> 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"/> สามารถให้บริการเครดิตได้	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถให้บริการได้เนื่องจาก
<input type="checkbox"/> ให้สมาชิกสำรองจ่ายและส่งเอกสารมาพิจารณาตามปกติ	<input type="checkbox"/> อายุกรมธรรม์ยังไม่พ้น 30 วันนับตั้งแต่วันที่ทำประกัน
ลงชื่อ.....ผู้พิจารณา	<input type="checkbox"/> กรมธรรม์ขาดผลบังคับ
(.....)	<input type="checkbox"/> ความเจ็บป่วยอยู่ในระยะเวลาที่รอการชำระเบี้ยประกัน
วันที่.....เวลา.....	<input type="checkbox"/> ข้อยกเว้นของความคุ้มครองตามเงื่อนไขกรมธรรม์
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ