



บริษัท เอไอเอ จำกัด

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมชดเชย เพื่อเป็นการรักษาผลประโยชน์ของท่านกรณีการออกแบบฟอร์มให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมทั้งให้แพทย์กรอกใบรับรองแพทย์ด้านใน การส่งแบบฟอร์มนี้ไม่ได้หมายถึงการยอมรับตามคำเรียกร้องแต่ประการใด

ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้เอาประกันภัย หรือผู้เรียกร้องที่มีส่วนได้ส่วนเสียเท่านั้น และกรุณาเขียนชื่อที่ด้านล่าง มิฉะนั้นบริษัท จะถือว่ากรอกยังไม่สมบูรณ์

ชื่อผู้เอาประกันภัย		เลขที่บัตรประชาชน	หมายเลขกรมธรรม์ (ทั้งหมด)	
		อายุ	เพศ	
ที่อยู่ปัจจุบัน		โทรศัพท์	มีกรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัท ประกันอื่นๆ หรือไม่ <input type="checkbox"/> มี โปรดระบุ <input type="checkbox"/> ไม่มี	
วันที่เกิดอุบัติเหตุ		เวลา	สถานที่เกิดเหตุ	
สาเหตุของอุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วย		อาการเจ็บป่วย, ลักษณะบาดแผล, ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ		
อาชีพ และหน้าที่ (ถ้ามีมากกว่าหนึ่งโปรดแจ้งให้หมด) และสถานที่ทำงาน		ท่านได้ยื่นใบลาغبานายจ้าง หรือผู้บังคับบัญชา หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ ลาป่วยถึงวันที่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่		
รายละเอียดการรักษาใน ร.พ. หรือการรับคำปรึกษาจากแพทย์				รายชื่อโรงพยาบาลทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา
วันที่เข้าโรงพยาบาล	วันที่ออกจากโรงพยาบาล	ชื่อแพทย์ท่านแรกที่ไปพบ	ชื่อแพทย์ที่แนะนำให้ท่านพักใน ร.พ.	
แพทย์แจ้งว่าท่านป่วยเป็นอะไร		โรงพยาบาล/คลินิก	โรงพยาบาล/คลินิก	

ข้อควรทราบ

ผู้ใดโดยทุจริตหลอกลวงบริษัทประกันภัย หรือผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จ หรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้ง และโดยการหลอกลวงดังกล่าวนี้ ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากบริษัทประกันภัยที่ถูกหลอกลวงนั้น หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้บริษัทประกันภัยที่ถูกหลอกลวงนั้นหรือบุคคลที่สามทำ ถอน หรือทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นี้กระทำความผิดฐานฉ้อโกงซึ่งเป็นความผิดในทางอาญาต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือ ปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือ ทั้งจำ ทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ ค่าสินไหมแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง

ประเภทของการเรียกร้อง (กรุณาทำเครื่องหมาย X หน้าข้อที่ต้องการ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ))

<input type="checkbox"/> ค่าชดเชยเนื่องจากอุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> ค่าชดเชยการรักษาในโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> ค่าชดเชยโรคร้ายแรง / Lady care / Lady care plus
<input type="checkbox"/> ทุกผลทางการแพทย์วินิจฉัย	<input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ	<input type="checkbox"/> เป็นการเรียกร้องเพิ่มเติม

คำรับรองของตัวแทนผู้ให้บริการ ข้าพเจ้าในฐานะของตัวแทนที่บริการทำเรื่องเรียกร้องค่าชดเชยในครั้งนี้ ขอรับรองว่าการเรียกร้องค่าชดเชยครั้งนี้ และการตอบคำถามใดๆ ในเอกสารนี้เป็นไปด้วยความถูกต้องตามข้อเท็จจริงที่ข้าพเจ้าได้รู้มา

ชื่อ-สกุล _____ รหัสตัวแทน _____ โทร. _____ ลายเซ็น _____ หน่วย _____ รหัสหน่วย _____

คำรับรอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การเรียกร้องค่าชดเชยในครั้งนี้ และการตอบคำถามใดๆ ในเอกสารนี้เป็นไปด้วยความถูกต้องตามข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น

ลายเซ็นพยาน

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย / ผู้เป็นเจ้าของกรมธรรม์

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้าหรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค โภชเภยาหรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมาและข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือด และการตรวจรักษาต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานที่พยาบาลใด ๆ ต่อบริษัทหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท ฯ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัย / ผู้เป็นเจ้าของกรมธรรม์



C10100

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

ส่วนที่ 2 แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name		Age	Sex	ID No.	
		H.N.#	A.N.#	X.N.#	
Date admitted	Time	Date discharged		Time	
1. Chief complaint and duration of symptom					
Date first saw the patient for this illness / injury _____			Date of the last treatment _____		
The patient's symptoms at the time of your last consultations / examination ?					
2. FOR ILLNESS			3. FOR ACCIDENT		
a) How long had the patient experienced these symptoms ?			a) Date & time of accident		
			Date _____ Time _____		
b) How long did you feel the symptoms existed prior to this consultation ?			b) Cause of accident / Details of injury		
			c) Was the patient drunk at the time he / she came to the hospital ?		
			<input type="checkbox"/> Yes, Please give details <input type="checkbox"/> No		
			Blood alcohol test = _____ mg%		
			d) Consciousness: Glasco Coma Score = E _____ M _____ V _____		
4. Did the patient need to be admitted to hospital ?			5. Treatment given (such as number of stitches, medical given, physiotherapy, etc.)		
<input type="checkbox"/> Yes, Please give the indication <input type="checkbox"/> No					
Expected Length of stay _____ day(s)					
6. Surgery performed			7. Investigation & Result		
Date _____		ICD9-CM or CPT [][][][][][]			
Date _____		ICD9-CM or CPT [][][][][][]			
Surgeon's Name _____		Qualification _____			
Pathology result _____		ICD 10 [][][][][][]			
Patho No. _____		Date performed _____			
		ICD 10 [][][][][][]			
(If there is the result of pathological, please attached)		8. Are the investigations relevant to the diagnosis? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Type of anesthetic :		9. Diagnosis 1 _____ ICD 10 [][][][][][]			
		Diagnosis 2 _____ ICD 10 [][][][][][]			
		Diagnosis 3 (including principle underlying condition and complication) _____ ICD 10 [][][][][][]			
		10. (a) Prognosis <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor			
		(b) Any Possibility of having a relapse ?			

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบกรงานรักษาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารฉบับเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นหรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือ ปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือ ทั้งจำ ทั้งปรับ และอีกทั้งจำต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยตนนี้

11. Was the patient referred to your hospital by a general practitioner ? Yes, Please give details No
Doctor _____ Clinic / Hospital _____

12. Any previous treatment for the same injury / illness ? Yes, Please give details No
Date _____ Doctor _____ Clinic / Hospital _____

13. Was the injury / illness contributed to or influenced by any of the following (e.g., Pre-existing weakness or extended period of disability) ?

a) Physical defects / congenital anomaly Yes, Please give details No

b) Unfavorable past medical history Yes, Please give details No

c) Degenerative change(s) Yes, Please give details No

d) A family history that increased the probability or severity of this disease Yes, Please give details No

e) Doctor's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increased risk ? Yes, Please give details No

f) Alcohol or drugs _____ Yes, Please give details No

14. To the best of your knowledge, please give details of all previous consultations for serious disorders for this patient.

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor/Hospital's Name

15. FOR FEMALE : Was she pregnant around the time of treatment ? Yes, Weeks No
 Was the treatment related to infertility ? Yes, No

16. Other comments about this injury / illness (For accident , please estimated time for recovery)

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above.

Name of physician _____ Qualification _____ Specialty _____ License No. _____

Hospital Name _____ Address _____

Signed _____ Date _____ TEL No. _____

คำแนะนำในการกรอกรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

1. รายงานแพทย์ฉบับนี้ควรเขียนภายหลังจากที่ผู้ประกันได้กรอกแบบฟอร์มในหน้าที่ 1 รวมทั้งได้เงินหรือที่ค้างค้างของแบบฟอร์มเรียบร้อยแล้ว

2. กรุณาอย่าเว้นว่างในคำถามที่ท่านมีความเห็นว่า "ไม่", "ไม่เคຍ", "ไม่ทราบ" เพราะความเห็นของท่านมีความสำคัญในการพิจารณาสินไหมของบริษัท

**** เมื่อท่านกรอกข้อความเสร็จเรียบร้อยแล้วกรุณาปิดผนึกเอกสารก่อนส่งมอบให้กับผู้ป่วย หรือตัวแทน ****