



บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
 250 ถนนรัชดาภิเษก เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10310
 โทร. : 0 2274 9400, 0 2276 1025 โทรสาร : 0 2276 1997-8
 Muang Thai Life Assurance Public Company Limited
 250 Rachadaphisek Rd., Huaykwang, Bangkok 10310
 Tel. : 0 2274 9400, 0 2276 1025 Fax : 0 2276 1997-8
 www.muangthai.co.th
 ทะเบียนภาษี 0107555000406

ส่วนที่ 1 Admission (Form A)

กรุณาเขียนตัวบรรจง

ถึง	บริษัทเมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) Fax 0 2693 2733 โทรศัพท์ 0 2290 2354 - 0 2290 2357	จาก	โรงพยาบาล..... ห้อง..... หมายเลขโทรสาร.....
-----	---	-----	--

ตอนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย รหัส IVR.....

ชื่อ-สกุล.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ.....บัตรประชาชน/อื่น (ระบุ).....
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....เลขที่บัตร.....
 เลขที่กรมธรรม์.....ใบรับรองเลขที่.....
 บริษัทประกันอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ).....เลขที่กรมธรรม์.....

กรณีอุบัติเหตุส่วนบุคคล เลขที่กรมธรรม์.....ลำดับที่ (ถ้ามี).....การเกิดเหตุครั้งนี้ () ไม่เคยรักษาที่ใด
 () เคยรักษาที่.....เมื่อ.....โดยชำระเงินเอง หรือ ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงิน.....บาท

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายค่าชดเชยค่าการรักษายาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนด และเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ แม้บริษัทฯ ได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทฯ ได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทฯ ภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับ ค่าออกกล่าว

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับ การเจ็บป่วย ขนาดเจ็บ ประสิทธิภาพการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยา หรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือด และการตรวจรักษาต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัท หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ หนึ่งสำเนาในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีความลับกับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้ว จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย วันที่...../...../..... พยาน.....
 (.....) (.....)
 หมายเหตุ: กรณีเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์

ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

Physician Information
 Physician's NameMedical Specialty..... Medical License no.....

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

ตอนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

บริษัทได้พิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับ ขอเรียนว่า () ยืนยันสิทธิเบื้องต้น (*ทางบริษัทขอสงวนสิทธิ์การจ่ายถ้าสถานะไม่ได้รับความคุ้มครองตามสัญญา) ไม่สามารถให้บริการได้เนื่องจาก () ไม่มีสัญญาการรักษาพยาบาล () สัญญาขาดผลบังคับ () เป็นข้อยกเว้นตามเงื่อนไขกรมธรรม์ () อายุสัญญาอยู่ในระยะเวลาที่ยังไม่สามารถใช้สิทธิ () ขอพิจารณาพร้อมส่วนที่ 2 (Form B) () สัญญาอยู่ในระยะเวลาผ่อนผันการชำระเบี้ย () อื่น ๆ
 ลงชื่อ.....ผู้พิจารณา บริษัท.....วันที่.....เวลา.....