



บริษัท เอไอเอ จำกัด

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมกรณีผู้ป่วยใน
Inpatient (IPD) Claim Form

Hospital Name..... ☐ Individual Insurance ☐ Group Insurance



C42500

สแกนที่นี่! | สมัครรับฉบับฟรีโดยผ่าน
บัญชีธนาคารเพื่อการรับเช็ค

- สมัครฟรี
- ปลอดภัยไม่เสียค่าบริการ
- ไม่เสียค่าธรรมเนียมนำฝากเช็ค

สามารถใช้บริการรับเงินโอนสินไหมในครั้งถัดไป

Part A

สำหรับผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง เลขประจำตัวประชาชน:
วันเดือนปี เกิด: อายุ: ปี เดือน อาชีพ:
โทรศัพท์มือถือ: โทรศัพท์บ้าน: อีเมล:
ที่อยู่ปัจจุบัน:
2. กรมธรรม์เลขที่: ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี):
มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี บริษัท: กรมธรรม์เลขที่:
3. สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
☐ เจ็บป่วย อาการ: ระยะเวลาของอาการก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ :
สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : วันที่เข้ารับการรักษา:
☐ บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ: เวลา: สถานที่เกิดเหตุ:
สาเหตุของการบาดเจ็บ:
ลักษณะบาดเจ็บ ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ:
4. สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ☐ ไม่เคยรักษาที่ใด ☐ เคยรักษาที่: เมื่อ:
โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิรักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน: บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้ความยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งหรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสินคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

ผู้เอาประกันภัย : วันที่ : พยานลงนามรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ 1 : 2 :
(.....) (.....) (.....)

ผู้ให้ความยินยอม (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ) : ระบุความสัมพันธ์: ☐ บิดา/มารดา ☐ ผู้ปกครองโดยชอบธรรม
(.....)

หมายเหตุ :

- กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ อายุน้อยกว่า 10 ปี: บิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบธรรมลงนามเพียงท่านเดียว
- กรณีผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ อายุตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป: ผู้เอาประกันภัย ลงนามร่วมกับบิดา/มารดา/ผู้ปกครองโดยชอบธรรม พร้อมระบุความสัมพันธ์
- กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องระบุนิ้วและข้าง รวมทั้งมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน



ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท เอไอเอ จำกัด โดย scan QR Code นี้

For Physician

1. Visit date: Time: Vital signs: T: P: R: BP:
2. Chief complaint duration:
3. Present illness or cause of injury:
.....
4. Physical exam:
.....
5. Previous treatment for this illness or injury (Date & Place):
6. Is the illness related to: (please tick ☒ if yes)
☐ Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage ☐ Congenital / Hereditary disease
☐ Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder ☐ Influence of Drugs / Alcohol
☐ Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction ☐ AIDS
☐ An accident; Date of accident: Time: ☐ None of above
7. Underlying condition:
8. Provisional diagnosis: AdjRW=.....
9. Can the condition be managed under Outpatient basis ☐ Yes ☐ No
(If No please provide more information)
10. Reasons of admission:
11. Treatment:

Physician's name Medical license No. Specialty

(.....) Date

Part B

Medical certification

Patient's Name: Sex ☐ Male ☐ Female HN: AN: Age year(s) month(s)

Admission Date: Time: Discharge Date: Time: Consultation Date:

1. For Illness

a) Date you first saw this patient for this illness:

.....

.....

b) Chief complaint and duration of symptom(s):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. For Injury

a) Date of injury..... Time:

b) Cause of injury.....

c) Details of injury

d) Did you smell alcohol from the patient?

() No () Not known

() Yes, blood alcohol test (if any) = mg%

e) Level of consciousness () Normal () Confusion

() Drowsiness () Semi-coma () Coma

f) Estimated time for recovery

.....

3. Did the patient need to be admitted to hospital? () No () Yes, indication for admission.....

.....

4. Vital signs: T..... P..... RBP.....

5. Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs)

.....

6. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.)

.....

7. HIV Test () No () Yes, Result: Date performed:

8. Underlying disease:

9. Diagnosis 1: ICD10-TM:

Diagnosis 2: ICD10-TM:

Diagnosis 3: ICD10-TM:

10. Treatment:

.....

11. Surgery/Operation: ICD9-CM: Date performed:

Anaesthesia Type: () General Anaesthesia () Spinal Anaesthesia () Local Anaesthesia () Others

12. Pathological report:.....

.....

13. Complications (if any):

14. Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? () No () Yes, please specify.....

15. For Female: Is the patient pregnant? () No () Yes, gestational age.....weeks

Was the treatment related to infertility? () No () Yes, please specify

16. Has patient ever been treated by another doctor before? () No () Yes, please give name and address

17. Was the illness/injury contributed to or influenced by any of the following

a) Physical defects/congenital anomaly () No () Yes

b) Degenerative change(s) () No () Yes

18. Others past medical history

Date	Sign & Symptom	Diagnosis	Treatment	Physicians / Hospital

19. Other comments about the injury / illness

.....

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.

Physician's signature

Medical specialty:

Medical license no:

(.....)

Tel no:

Date:

Medical institute:

Address:

Remark: Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Medical Council