



**บริษัท เอไอเอ จำกัด**  
**แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมกรณีผู้ป่วยนอก**  
**Outpatient (OPD) Claim Form**



C42200

Hospital Name.....  Individual Insurance  Group Insurance



**สำเนาที่นี่!** | สมักรับเงินผลประโยชน์ผ่าน  
**บัญชีธนาคารกรมการรับเช็ค**  
 • สมักรับฟรี • ป้องกันลืมเช็คไปรษณีย์  
 • ไร้กังวลเรื่องเช็คหาย • ไม่เสียค่าธรรมเนียมฝากเช็ค  
 \* สามารถใช้สมักรับเงินออนไลน์ใหม่ในครั้งถัดไป\*

**สำหรับผู้เอาประกันภัย**

- ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... เพศ:  ชาย  หญิง เลขประจำตัวประชาชน: \_\_\_\_\_  
 วันเดือนปีเกิด: ..... อายุ: ..... ปี ..... เดือน อาชีพ: .....  
 โทรศัพท์มือถือ: ..... โทรศัพท์บ้าน: ..... อีเมล: .....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน: .....
- กรมธรรม์เลขที่: ..... ในรับรองเลขที่ (ถ้ามี) .....  
 มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่  ไม่มี  มี บริษัท: ..... กรมธรรม์เลขที่: .....
- สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้  
 เจ็บป่วย อากาศ: ..... ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : .....  
 สถานพยาบาลที่ เคยรักษา ก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : ..... วันที่ เข้ารับการรักษา: .....  
 บาดเจ็บ วันที่ ได้รับความบาดเจ็บ: ..... เวลา: ..... สถานที่ เกิดเหตุ: .....  
 สาเหตุของการบาดเจ็บ: .....  
 ลักษณะบาดเจ็บ ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะ ที่ ได้รับความบาดเจ็บ: .....
- สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่  ไม่เคยรักษาที่ใด  เคยรักษาที่ ..... เมื่อ: .....  
 โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน ..... บาท

**หนังสือให้ความยินยอม**

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต 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 บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีเรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้ออกใบความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับใช้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

**หมายเหตุ :**

- \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
  - \*\* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน
- ผู้เอาประกันภัย : ..... วันที่ : ..... พยาน : ..... พยาน : .....  
 (.....) ความสัมพันธ์ : ..... (.....) (.....)  
 ผู้ให้ความยินยอม : ..... ในฐานะ  บิดา/มารดา  ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

**For Physician**

- Visit date: ..... Time: ..... Vital signs: T: ..... P: ..... R: ..... BP: .....
- Chief complaint duration: .....
- Present illness or cause of injury: .....  
 For Injury: Date of injury: ..... Time: ..... Place of injury: ..... Details of injury: .....
- Physical exam: .....
- Previous treatment for this illness or injury (Date & Place):.....
- The illness or injury influenced by alcohol or drug addict: ( ) No ( ) Yes, please specify .....
- 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
- Underlying condition: .....
- Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.):.....
- Diagnosis: ..... ICD10-TM: .....
- Treatment:.....
- Surgery/Operation: ..... Date performed: ..... ICD9-CM: .....  
 Anaesthesia Type: ( ) General Anaesthesia ( ) Spinal Anaesthesia ( ) Local Anaesthesia ( ) Others .....
- Pathological report: .....

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