

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย

ชื่อ - นามสกุล..... กรมธรรม์เลขที่..... วัน/เดือน/ปีเกิด..... อายุ..... ปี

☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ อื่นๆ..... เลขที่..... วันออกบัตร..... วันหมดอายุ.....

สถานที่ติดต่อปัจจุบัน.....

เบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม.....

ไม่พลาดทุกสถานะเคลม อัปเดต
เบอร์โทรศัพท์และอีเมล เพื่อรับ
SMS และอีเมลแจ้งความคืบหน้า
และผลการพิจารณาได้ทันที สแกนเลยช่องทางรับเงินค่าสินไหมในครั้งนี้ ☐ โอนเข้าบัญชีพร้อมเพย์ หมายเลขบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย☐ โอนเข้าบัญชีธนาคาร..... สาขา.....

เลขที่บัญชี..... ชื่อบัญชี.....

สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้เนื่องจาก

☐ เจ็บป่วย อาการ.....

อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาครั้งนี้.....

สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนที่จะได้รับการรักษาครั้งนี้..... วันที่เข้ารับรักษา.....

☐ อุบัติเหตุ กรุณาระบุข้อมูลเพิ่มเติม ดังนี้

1. วันที่เกิดเหตุ..... เวลา..... น.

2. สถานที่เกิดเหตุ.....

3. สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ และลักษณะการบาดเจ็บ / บาดแผล (โดยละเอียด).....

4. มีการแจ้งความไว้กับเจ้าหน้าที่ตำรวจหรือไม่

☐ ไม่ได้แจ้ง สาเหตุเนื่องจาก.....☐ แจ้งเมื่อวันที่..... ที่สถานีตำรวจ..... จังหวัด..... (กรุณาแนบสำเนาบันทึกประจำวันตำรวจ)

5. กรุณาระบุชื่อบริษัทประกันอื่นที่ท่านมีกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี).....

ข้อมูลการรักษา กรุณาระบุอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เป็นเหตุของการเรียกร้องสินไหมและสถานที่เข้ารับการรักษา

อาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย

ชื่อแพทย์ และ โรงพยาบาล / สถานพยาบาล / คลินิก

วันที่รับการรักษา / ระยะเวลาที่รักษา

การมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และโดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือผู้มีอำนาจหน้าที่ของบริษัทฯ ดำเนินการให้ แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกัน หรือองค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใดทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งมีบันทึก หรือเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของข้าพเจ้า เปิดเผยรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรคต่างๆ รวมทั้งประวัติการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่นๆ ของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัทฯ รวมถึงความยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง เปิดเผย และการดำเนินการอื่นใด กับข้อมูลดังกล่าวได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับโดยสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

นอกจากนี้ ข้าพเจ้ารับทราบและขอยืนยันการเข้าร่วมในการใช้บริการการดูแลสุขภาพโดยวิธีโทรเวชกรรม (telemedicine) โดยเมื่อข้าพเจ้าบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยและมีสิทธิได้รับผลประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก เมื่อบริษัทฯ ได้จ่ายค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสำหรับการตรวจรักษาและค่ายาเนื่องจากการรักษาพยาบาล โดยวิธีโทรเวชกรรม (telemedicine) ดังกล่าวแล้ว ให้ถือเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย

(.....)

ความสัมพันธ์..... วันที่..... /..... /.....

(เฉพาะกรณีที่ผู้เอาประกันภัยไม่อยู่ในฐานะที่จะเรียกร้องได้)

วันที่..... /..... /.....

หมายเหตุ ท่านจะต้องชำระค่าธรรมเนียมการกรอกแบบฟอร์มของแพทย์ด้วยตนเอง

ข้อควรทราบ: ผู้ใดโดยทุจริตหลอกลวงบริษัทประกัน หรือผู้อื่นด้วยการแสดงข้อความอันเป็นเท็จหรือปกปิดข้อความจริงซึ่งควรบอกให้แจ้งและโดยการหลอกลวงดังว่านั้น ได้ไปซึ่งทรัพย์สินจากบริษัทประกันที่ถูกหลอกลวงนั้น หรือบุคคลที่สาม หรือทำให้บริษัทประกันที่ถูกหลอกลวงนั้นหรือบุคคลที่สาม ทำถอน หรือ ทำลายเอกสารสิทธิ ผู้นั้นกระทำความผิดฐานฉ้อโกงซึ่งความผิดในทางอาญาต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 6,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจะต้องชดเชยค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกสัดส่วนหนึ่ง ตามประมวลกฎหมายอาญา หมวด 3 ความผิดฐานฉ้อโกง มาตรา 341

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29

ถนนวิสุทธิ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304

ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 W fwd.co.th

ส่วนนี้กรอกโดยแพทย์ผู้ตรวจรักษา ซึ่งกรอกข้อความต่างๆ ลงในแบบฟอร์มนี้จะต้องเป็นแพทย์ปริญญา และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

Patient's Name : Age : years Sex : ☐ Male ☐ Female
ID No. H.N.#. A.N.#.
Date admitted..... Time..... Date discharged..... Time.....

1. For Illness

A. Date you first saw this patient for this symptom / illness :
B. Chief complaint and duration of symptom(s) :

2. For Accident

A. Date & time of accident : Date : Time :
B. Cause of accident :
C. Details of accident :
D. Did you smell alcohol from the patient? ☐ No ☐ Not known ☐ Yes, blood alcohol test (if any) = mg%
E. Level of consciousness ☐ Full Consciousness ☐ Confusion ☐ Drowsiness ☐ Semi-coma ☐ Coma

3. Did the patient need to be admitted to hospital ☐ No ☐ Yes, indication for admission :

4. Vital signs : T..... P..... R..... BP.....

5. Pertinent clinical findings (Signs & Symptoms)

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

7. HIV Test ☐ No ☐ Yes Date..... Result.....

8. Underlying disease :

9. Diagnosis : ICD10-TM :

10. Treatment given (such as number of stitches, medical given, physiotherapy, etc.)

(a).....

(b) Surgery performed : ICD9-CM :

Anesthesia Type : ☐ General Anesthesia ☐ Spinal Anesthesia ☐ Local Anesthesia ☐ Others

Pathology result.....

Surgeon's Name..... Date of Operation.....

(c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion ☐ No ☐ Yes, please give detail

11. Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? ☐ No ☐ Yes, please specify

12. To the best of your knowledge, please give details of all consultations of serious disorders of the patient in the past.

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor / Hospital's Name

13. For Female: Was she pregnant around the time of treatment? ☐ No ☐ Yes..... Weeks (LMP :

Was the treatment relate to infertility? ☐ No ☐ Yes.....

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

Stamp Hospital
Seal

Signed by..... Physician Date.....

(.....)

License No.....

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาชีพแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจำต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง ตามประมวลกฎหมายอาญา หมวด 3 ความผิดเกี่ยวกับเอกสาร มาตรา 269