

**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 130-132 อาคารสินธรทาวเวอร์ 3 ชั้น 14, 16, 26 - 29  
ถนนวิภาวดี แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10330  
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี P 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304  
fwd.co.th



**แบบฟอร์ม การแจ้งการตรวจพิเศษ / การผ่าตัดเล็ก**

ถึง : ศูนย์เฮลท์แคร์: <b>0-2632-6336</b> หมายเลขโทรสาร : <b>0-2632-2411</b>	จากโรงพยาบาล : ..... ชื่อผู้ส่ง : ..... หมายเลขโทรสาร ..... แจ้งบริษัทฯ วันที่ ..... เวลา .....
--	--

**ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย**

ชื่อ – นามสกุล ..... วัน/เดือน/ปีเกิด ..... อายุ ..... IWF .....  
 บัตรประจำตัวประชาชน / อื่นๆ (ระบุ) ..... เลขที่ ..... วันออกบัตร ..... วันหมดอายุ .....  
 เลขที่กรมธรรม์ ..... กรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัทฯ อื่น (ถ้ามี) .....  
 ที่อยู่ปัจจุบัน ..... โทรศัพท .....  
 วันที่เข้ารับการรักษา ..... เวลา ..... ห้อง ..... HN ..... AN .....

- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัท เอฟดับบลิวดีประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้าพักรักษาเสมือนหนึ่งว่าได้จ่ายให้แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่า ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิที่จะได้รับเงินตามกรมธรรม์ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่บริษัทฯ ได้สำรองจ่ายไปแล้วทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทฯ ภายใน 7 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับคำบอกกล่าว และหากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงิน ตามกรมธรรม์ประกันภัยอื่นใดจากบริษัทฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าวได้ตามจำนวนหนี้สิน หากไม่เพียงพอข้าพเจ้าจะนำมาชำระจนครบจำนวน
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์/โรงพยาบาลหรือบุคคลอื่นใดที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าแจ้งข้อมูลหรือเปิดเผยประวัติทางการแพทย์ และบันทึกการตรวจรักษา รวมทั้งสำเนาเอกสารทั้งหมดต่อ บริษัท เอฟดับบลิวดีประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายและถือสำเนาใบยินยอมนี้มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกันภัย ..... วันที่ ..... เวลา .....

(.....)

**ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาในเบื้องต้น**

<input type="radio"/> เจ็บป่วย <input type="radio"/> อุบัติเหตุ เมื่อวันที่ ..... <input type="radio"/> อาการสำคัญ ..... T.....°C, P...../min, BP...../mm Hg, R...../min <input type="radio"/> มีอาการดังกล่าวมานานเท่าใด ..... <input type="radio"/> ผู้เอาประกันภัยเคยพบแพทย์เกี่ยวกับอาการดังกล่าวมาก่อน หรือไม่ <input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย พบที่ ส.พ. .... เมื่อ ..... <input type="radio"/> มีโรคประจำตัวหรือไม่ <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มีโรค ..... ตรวจพบครั้งแรกเมื่อ ..... ที่ ส.พ. .... <input type="radio"/> ผู้เอาประกันภัยมีครรภ์หรือไม่ <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี LMP.....	Date of this procedure ..... Time ..... DIAGNOSIS ..... INDICATION ..... <input type="radio"/> การวินิจฉัยโดย <input type="radio"/> Ultrasound (ระบุส่วน) ..... <input type="radio"/> CT Scan (ระบุส่วน) ..... <input type="radio"/> MRI (ระบุส่วน) ..... <input type="radio"/> อื่นๆ ..... <input type="radio"/> การผ่าตัดเล็กที่ไม่จำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (โปรดระบุเหตุการณ์ที่)
--	--

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ทำการรักษาหรือพยาบาลผู้ซักประวัติ    ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

**ส่วนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์เฮลท์แคร์**

Ref. APPROVAL No.....

บริษัทฯ พิจารณาการเรียกร้องค่าทดแทนรายนี้แล้วขอเรียนว่า

<input type="radio"/> สามารถใช้บริการเครดิตได้ <input type="radio"/> ให้สมาชิกสำรองจ่ายและส่งเอกสารมาพิจารณาตามปกติ	<input type="radio"/> ไม่สามารถใช้บริการได้เนื่องจาก <input type="radio"/> อายุกรมธรรม์ยังไม่พ้น 30 วันนับตั้งแต่วันที่ทำประกัน <input type="radio"/> กรมธรรม์ขาดผลบังคับ <input type="radio"/> ความเจ็บป่วยอยู่ในระยะเวลาที่รอการชำระเบี้ยประกัน <input type="radio"/> ข้อยกเว้นของความคุ้มครองตามเงื่อนไขกรมธรรม์ <input type="radio"/> อื่นๆ .....
--	--

ลงชื่อ ..... ผู้พิจารณา  
 (.....)  
 วันที่ ..... เวลา .....