

ถึง : ศูนย์เฮลท์แคร์: 0-2632-6336 หมายเลขโทรสาร : 0-2632-2411	จากโรงพยาบาล : ..... ชื่อผู้ส่ง : .....หมายเลขโทรสาร ..... แจ้งบริษัทฯวันที่.....เวลา.....
<b>ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย</b>	
ชื่อ - นามสกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด .....อายุ.....เพศ..... บัตรประจำตัวประชาชน / อื่นๆ (ระบุ) ..... เลขที่ ..... วันออกบัตร ..... วันหมดอายุ ..... เลขที่กรมธรรม์ ..... กรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัทฯ อื่น (ถ้ามี) ..... ที่อยู่ปัจจุบัน ..... โทรศัพท์..... วันที่เข้ารับการรักษา.....เวลา.....ห้อง.....HN.....AN.....	

- ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สรรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้าพักรักษาเสมือนหนึ่งว่าได้จ่ายให้แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่า ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิที่จะได้รับเงินตามกรมธรรม์ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้เงินที่บริษัทฯ ได้สรรองจ่ายไปแล้วทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทฯ ภายใน 7 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับคำบอกกล่าวและหากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยอื่นใดจากบริษัทฯ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าวได้ตามจำนวนหนึ่งนั้นหากไม่เพียงพอ ข้าพเจ้าจะนำมาชำระจนครบจำนวน
- ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์/โรงพยาบาลหรือบุคคลอื่นใดที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าแจ้งข้อมูลหรือเปิดเผยประวัติทางการแพทย์ และบันทึกการตรวจรักษารวมทั้งสำเนาเอกสารทั้งหมดต่อบริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายและถือสำเนาไปยินยอมนี้มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย วันที่.....เวลา.....  
(.....)

<b>ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาในเบื้องต้น</b>	Date of this procedure ..... Time .....
<input type="checkbox"/> เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ เมื่อวันที่..... <input type="checkbox"/> อาการสำคัญ..... T.....°C, P...../min, BP...../mm Hg,R...../min <input type="checkbox"/> มีอาการดังกล่าวมานานเท่าใด..... <input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัยเคยพบแพทย์เกี่ยวกับอาการดังกล่าวมาก่อน หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย พบที่ ร.พ. ....เมื่อ..... <input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัวหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี โรค..... ตรวจพบครั้งแรกเมื่อ.....ที่ ร.พ. .... <input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัยมีครรภ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี LMP.....	DIAGNOSIS ..... INDICATION ..... <input type="checkbox"/> การวินิจฉัยโดย <input type="checkbox"/> Ultrasound (ระบุส่วน) ..... <input type="checkbox"/> CT Scan (ระบุส่วน) ..... <input type="checkbox"/> MRI (ระบุส่วน)..... <input type="checkbox"/> อื่นๆ ..... <input type="checkbox"/> การผ่าตัดเล็กที่ไม่จำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (โปรดระบุหัตถการที่ทำ).....

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

<b>ส่วนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์เฮลท์แคร์</b>	Ref. APPROVAL No. ....
บริษัทฯ พิจารณาการเรียกร้องค่าทดแทนรายนี้แล้วขอเรียนว่า <input type="checkbox"/> สามารถให้บริการเครดิตได้ <input type="checkbox"/> ให้สมาชิกสำรองจ่ายและส่งเอกสารมาพิจารณาตามปกติ ลงชื่อ.....ผู้พิจารณา (.....) วันที่.....เวลา.....	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถให้บริการได้เนื่องจาก <input type="checkbox"/> อายุกรมธรรม์ยังไม่พ้น 30 วันนับตั้งแต่วันที่ทำประกัน <input type="checkbox"/> กรมธรรม์ขาดผลบังคับ <input type="checkbox"/> ความเจ็บป่วยอยู่ในระยะเวลาที่รอการชำระเบี้ยประกัน <input type="checkbox"/> ข้อยกเว้นของความคุ้มครองตามเงื่อนไขกรมธรรม์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....