

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



แบบฟอร์มการขอใช้บริการ “Health Care” ผู้ป่วยใน

ถึง : ศูนย์เฮลท์แคร์: 0-2632-6336 หมายเลขโทรสาร : 0-2632-2411	จากโรงพยาบาล : ชื่อผู้ส่ง : หมายเลขโทรสาร แจ้งบริษัทฯ วันที่ เวลา
--	---

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ป่วยประกันภัย	
ชื่อ – นามสกุล	วัน/เดือน/ปีเกิด
อายุ	เพศ
บัตรประจำตัวประชาชน / อื่นๆ (ระบุ)	เลขที่
วันที่กรมธรรม์	กรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัทฯ อื่น (ถ้ามี)
ที่อยู่ปัจจุบัน	โทรศัพท์
วันที่เข้ารับการรักษา	เวลา
ห้อง	HN
	AN

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

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย วันที่ เวลา

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาในเบื้องต้น	มีโรคประจำตัวหรือไม่ <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มีโรค
Admission date	ตรวจพบครั้งแรกเมื่อ ที่ ร.พ.
Time	The illness or injury influenced by alcohol or drug addict
T.....°C, P...../min, BP...../mm Hg, R...../min	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes
<input type="radio"/> เจ็บป่วย <input type="radio"/> อุบัติเหตุ วันที่เกิดเหตุ	INITIAL DIAGNOSIS
อาการสำคัญ	INDICATION FOR ADMISSION
รายละเอียดการเจ็บป่วย (อุบัติเหตุ)	PLAN OF TREATMENT
ผู้ป่วยแจ้งมีอาการดังกล่าวมานานเท่าใด	PROCEDURE / SURGERY
ผู้เอาประกันภัยเคยพบแพทย์เกี่ยวกับอาการดังกล่าวมาก่อนหรือไม่	Expected Length of stay (days)
<input type="radio"/> ไม่เคย <input type="radio"/> เคย พบที่ ร.พ. เมื่อ	ผู้เอาประกันภัยมีครรภ์หรือไม่ <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี
	LMP.....

ลงชื่อ แพทย์ผู้ทำการรักษาหรือพยาบาลผู้ช้กประวัติ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่

ส่วนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์เฮลท์แคร์	Ref. APPROVAL No.
--	------------------------

- บริษัทฯ พิจารณาการเรียกร้องค่าทดแทนรายนี้แล้วขอเรียนว่า
- สามารถใช้บริการเครดิตได้
 - ไม่สามารถใช้บริการได้เนื่องจาก
 - อายุกรมธรรม์ยังไม่พ้น 30 วันนับตั้งแต่วันทำประกัน
 - กรมธรรม์ขาดผลบังคับ
 - ความเจ็บป่วยอยู่ในระยะเวลาที่รอการชำระเบี้ยประกัน
 - ข้อยกเว้นของความคุ้มครองตามเงื่อนไขกรมธรรม์
 - อื่นๆ
- ลงชื่อ ผู้พิจารณา
(.....)
วันที่ เวลา