

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

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



แบบฟอร์มการขอใช้บริการ “Health Care” ผู้ป่วยนอก

<p>ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย</p> <p>ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เพศ.....</p> <p>เลขที่บัตรประชาชน <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>เลขที่กรมธรรม์ <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ / โรงพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้า แจงข้อมูลหรือเปิดเผยประวัติทางการแพทย์ และบันทึกผลการตรวจรักษา รวมทั้งสำเนาเอกสารทั้งหมดต่อ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายและถือสำเนาใบยินยอมนี้มีผลบังคับได้เช่นเดียวกัน</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> วันที่</p> <p>ลายมือชื่อผู้ป่วย เวลา</p>	<p>ชื่อสถานพยาบาล.....</p> <p>วันที่เข้ารักษา...../...../..... เวลา.....น.</p> <p>เลขที่บัตรผู้ป่วย.....</p> <p>แผนก</p> <p><input type="checkbox"/> GP <input type="checkbox"/> MED <input type="checkbox"/> SURG <input type="checkbox"/> ORTHO <input type="checkbox"/> OB.GYN.</p> <p><input type="checkbox"/> EYE <input type="checkbox"/> ENT <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> จิตเวช <input type="checkbox"/> PED</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p>สาเหตุ <input type="checkbox"/> 1. การเจ็บป่วย</p> <p><input type="checkbox"/> 2. อุบัติเหตุ วันที่เกิดเหตุ</p>
--	---

อาการ/สาเหตุ

การวินิจฉัยโรค

ความเห็นอื่นๆ

INVESTIGATION & LABORATORIES	จำนวนเงิน	TREATMENT	จำนวนหน่วย	จำนวนเงิน
LAB.....	รายการยาและเวชภัณฑ์	.....	.....
.....	1. ....	.....	.....
.....	2. ....	.....	.....
การตรวจวินิจฉัยอื่นๆ.....	3. ....	.....	.....
.....	4. ....	.....	.....
.....	5. ....	.....	.....
.....	6. ....	.....	.....
รวม			รวมทั้งสิ้น	
			เรียกเก็บกับบริษัทฯ จำนวน (บาท)	
			เรียกเก็บส่วนเกินสิทธิ์กับสมาชิก จำนวน (บาท)	

แพทย์ผู้ตรวจ.....

ผู้ทำรายงาน.....

ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....

(โปรดประทับตราของสถานพยาบาลที่นี้)

<p style="text-align: center;">Care Card (PPO และ CARE)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาแบบผู้ป่วยนอก สามารถรักษาได้ถึงอุบัติเหตุ และความเจ็บป่วย(กรณี OPD มีระบุนความคุ้มครอง) - กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน 24 ชม. แรก ใช้สำหรับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลเท่านั้น (ไม่สามารถใช้วงเงินนี้ในกรณีค่ารักษาพยาบาลต่อเนื่องได้ - ให้ใช้วงเงิน OPD แทน) 	<p style="text-align: center;">Care Card PA</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้ได้ในกรณีรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุซึ่งรักษาได้ถึงกรณีที่ เกิดเหตุภายใน 24 ชม.แรก หรือค่ารักษาต่อเนื่อง
--	---

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

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



□ ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้อธิบายหรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ


ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :

- * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
- * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปี บริบูรณ์ให้บิดา/มารดา ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
- * กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย : วันที่ : พยาน : พยาน :
(.....) ความสัมพันธ์ : (.....) (.....)

ผู้ให้ความยินยอม : ในฐานะ บิดา/มารดา
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผล
ข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทผู้รับประกันภัยโดย scan
QR Code