

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” 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 แจ้งข้อมูล หรือเปิดเผยประวัติทางการแพทย์ และบันทึกการตรวจรักษา รวมทั้งสำเนาเอกสารทั้งหมดต่อ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายและถือสำเนาใบยินยอมนี้มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> วันที่</p> <p style="text-align: right;">ลายมือชื่อผู้ป่วย เวลา</p>	<p>ชื่อ สถานพยาบาล.....</p> <p>วันที่เข้ารับรักษา...../...../..... เวลา.....น.</p> <p>เลขที่บัตร ผู้ป่วย.....</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. <input type="checkbox"/> EYE <input type="checkbox"/> ENT <input type="checkbox"/> ER <input type="checkbox"/> จิตเวช <input type="checkbox"/> PED <input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p>สาเหตุ <input type="checkbox"/> 1. การเจ็บป่วย <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.....

(โปรดประทับตราของสถานพยาบาลที่นี่)

<p style="text-align: center;">Care Card (PPO และ CARE)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาแบบผู้ป่วยนอก สามารถรักษาได้ถึงอุบัติเหตุ และความเจ็บป่วย(กรณี OPD มีระบุมูลค่าคุ้มครอง) - 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
---	---