



แบบฟอร์มการขอใช้บริการ "Health Care" ผู้ป่วยใน

ถึง : ศูนย์เฮลท์แคร์ 0-2632-6336, 0-2632-6400 หมายเลขโทรสาร 0-2632-2411	จากโรงพยาบาล : ชื่อผู้ส่ง : หมายเลขโทรสาร แจ้งบริษัทฯวันที่.....เวลา.....
--	---

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย	
ชื่อ - นามสกุล.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....เพศ.....	บัตรประจำตัวประชาชน / อื่นๆ (ระบุ).....เลขที่.....วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....
เลขที่กรมธรรม์.....กรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัท อื่น (ถ้ามี).....	ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....
วันที่เข้ารับการรักษา.....เวลา.....ห้อง.....HN.....AN.....	

1. ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ส่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าเข้าพักรักษาเสมือนหนึ่งว่าได้จ่ายให้แก่ข้าพเจ้าตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ทุกประการ หากปรากฏในภายหลังว่าข้าพเจ้าไม่มีสิทธิที่จะได้รับเงินตามกรมธรรม์ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ ข้าพเจ้ายินยอมชดเชยเงินที่บริษัทฯได้สำรองจ่ายไปแล้วทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทฯภายใน 7 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับคำบอกกล่าว และหากข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยอื่นใดจากบริษัทฯข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินดังกล่าวได้ตามจำนวนหนี้สิน หากไม่เพียงพอข้าพเจ้าจะนำมาชำระจนครบจำนวน
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์/โรงพยาบาลหรือบุคคลอื่นใดที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้าแจ้งข้อมูลหรือเปิดเผยประวัติทางการแพทย์ และบันทึกการตรวจรักษา รวมทั้งสำเนาเอกสารทั้งหมดต่อ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายและถือสำเนาใบยินยอมนี้ผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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

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

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

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