



(กรมการกรายละเอียดให้ครบถ้วน)
วิธีการจัดส่งเอกสาร และค่าสินไหมทดแทน

- ส่งกลับตัวแทน.....สังกัดหน่วย/สาขา.....
- ส่งกลับผู้เอาประกันโดยตรง
- โอนเงินเข้า ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) บัญชีผู้เอาประกัน ชื่อบัญชี.....
เลขที่บัญชี.....สาขา.....

**ใบเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลรายวันและประกันภัยสุขภาพ หรือการประสูติบุตร
(โปรดแนบใบเสร็จรับเงินและใบหางบสรุปรายการค่ารักษาพยาบาล)**

ก. กรณีประสูติบุตร

1. (ก) ชื่อผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....ปี
(ข) ที่อยู่.....
(ค) อาชีพ.....
 2. ข้าพเจ้าถือกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบ.....เลขที่กรมธรรม์.....
 3. วัน เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ.....
 4. สถานที่เกิดเหตุ.....
 5. รายละเอียดของเหตุที่เกิดขึ้น.....
.....
 6. ความบาดเจ็บที่ได้รับ.....
.....
 7. ผู้รู้เห็นเหตุการณ์ (ชื่อและที่อยู่).....
 8. ชื่อคู่กรณีที่ทำให้เกิดเหตุ (กรณีเกี่ยวกับอุบัติเหตุรถยนต์ โปรดแจ้งชนิดรถ และเลขทะเบียนด้วย).....
 9. มีการแจ้งความหรือไม่ (ถ้ามีโปรดแจ้งสถานที่ ผู้รับแจ้งเลขบันทึกประจำวันทางคดี ถ้าไม่มีโปรดแจ้งเหตุผล).....
 10. สถานที่ทำการรักษา.....
 11. ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล/สถานพยาบาล ตั้งแต่วันที่.....
.....ถึง.....
 12. ขณะนี้ต้องทำการรักษาอย่างไร.....
 13. เคยเรียกร้องค่าทดแทนหรือค่ารักษาพยาบาลหรือสุขภาพมาก่อนหรือไม่ เมื่อใด.....
 14. ท่านเริ่มประกอบอาชีพตามปกติได้เมื่อใด.....
 15. ท่านมีการประกันชีวิตกับบริษัทอื่นหรือไม่ (หากมีโปรดแจ้งเลขที่กรมธรรม์และชื่อบริษัท).....
.....
- วันที่.....ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย (พลิก)



ขอมอบอำนาจ

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจไว้ ณ ที่นี้ ให้แก่แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันภัย หรือองค์การสถาบัน หรือบุคคลอื่น ซึ่งมีบันทึกหรือเรื่องราวของข้าพเจ้าหรือที่เกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าในการเปิดเผยรายละเอียดต่างๆ ของข้าพเจ้า เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ หรือโรคต่างๆ รวมทั้งการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษาการรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่นๆ ของข้าพเจ้าแก่แพทย์ประจำ บริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สำเนาภาพถ่ายของหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลใช้บังคับได้

ข. กรณีเจ็บป่วย

1. (ก) ชื่อผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....ปี
(ข) ที่อยู่.....
(ค) อาชีพ.....
2. ข้าพเจ้าถือกรมธรรม์ประกันชีวิตแบบ.....เลขที่กรมธรรม์.....
3. วันที่เริ่มป่วย.....เวลา.....
4. โรงพยาบาลที่เข้าตรวจรักษา.....
5. เข้าตรวจรักษาเมื่อ.....บัตรคนไข้เลขที่ทั่วไป.....
...../.....ลงวันที่.....
6. แพทย์วินิจฉัยว่าข้าพเจ้าป่วยเป็นโรค.....
7. โรคที่ข้าพเจ้าป่วยครั้งนี้เคยตรวจรักษามาแล้ว.....ครั้ง เมื่อ
(โปรดระบุวันเดือนปี ที่ตรวจรักษาและโรงพยาบาล/คลินิกที่เข้าตรวจรักษาแต่ละครั้งโดยละเอียด)
.....
.....
8. ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล/สถานพยาบาลเนื่องจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ ตั้งแต่วันที่.....
.....ถึง.....
(ได้แนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลและค่าห้องพักรักษาตัวแล้ว จำนวน.....ฉบับ)
9. ขณะออกจากโรงพยาบาลอาการป่วยหายดีแล้วหรือไม่ หรือยังมีอาการอย่างไร.....
.....
10. แพทย์ได้นัดให้มาตรวจรักษาอีกหรือไม่ เมื่อใด.....
11. เคยเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลหรือสุขภาพมาก่อนหรือไม่ เมื่อใด.....
เกี่ยวข้องกับโรคอะไร.....
12. ท่านได้ประกันความคุ้มครองค่ารักษาพยาบาลหรือสุขภาพกับบริษัทอื่นด้วยหรือไม่ หากมีโปรดแจ้งเลขที่กรมธรรม์และชื่อบริษัท
.....

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย
วันที่.....

(กรุณาให้ผู้เอาประกันภัยลงชื่อในหนังสือมอบอำนาจด้านหน้าด้วย)

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name.....	Age :.....	Years	Sex :	<input type="radio"/> male	<input type="radio"/> female
ID No.	H.N.#.....	A.N.#.....	X.N.#.....		
Date admitted.....	Time.....	Date discharged.....	Time.....		

1. CHIEF COMPLAINT :

.....

2. FOR ILLNESS :

A. How long had the patient experienced the symptoms?.....days/weeks/years.

B. How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation?.....days/weeks/years.

C. Did you advise the patient to be admitted to the hospital? No Yes

Indication for admission.....

3. FOR ACCIDENT :

A. Date & time of accident : Date :.....Time :.....

B. Cause of accident :

C. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital?
 No Yes.....

4. Date first saw the patient for this illness/injury :

5. (a) Present illness/Details of injury :

(b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs).....

6. (a) Pertinent lab/Investigations :

(b) HIV Test Yes, result..... No

7. Diagnosis 1.....ICD 10 ○○○○○○ Diagnosis 2.....ICD 10 ○○○○○○

Diagnosis 3.....ICD 10 ○○○○○○ Diagnosis 4.....ICD 10 ○○○○○○

(Including principle underlying condition and complication)

8. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.):
.....

(b) Operation :ICD 9 ○○○○○○ Pathology report :

Surgeon's Name.....Specialty:.....Date performed:

(c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion. No Yes, please give detail
.....

9. (a) Result of Treatment: Good Fair Poor

(b) Possibility of recurrence? Yes No

10. (a) Date of the last treatment/Follow up :

(b) The patient's symptoms at the time of your last consultations/examination?

11. Was the patient referred to you by other physician (s)? Yes No

Doctor :Clinic/Hospital :

12. Was the injury/illness contributed to or influenced by any of the following

(eg. Pre-existing weakness or extended period of disability)?

- a) Physical defects/congenital anomaly No Yes
- b) Unfavorable past medical history No Yes
- c) Degenerative change (s) No Yes
- d) A family history that increased the probability or severity of this disease No Yes
- e) Doctor's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increased risk? No Yes
- f) Alcohol or drugs No Yes

If the answer is "Yes", please specify

.....

.....

13. Other past medical history:

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor/Hospital's Name
.....
.....
.....
.....

14. FOR FEMALE : Was the patient pregnant at the time of treatment No Yes.....weeks (LMP :)
: Was the treatment relate to infertility? No Yes.....

15. Other comments about the injury/illness

.....

.....

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.

Name of physician.....Specialty.....License No.

Hospital Name.....Address.....Tel No.

Signature.....Date.....

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบกิจการงานวิชาชีพแพทย์ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกใตหนึ่ง