

แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมแบบผู้ป่วยใน (IPD)

ส่วนที่ 1 (Form A)

** โปรดเติมข้อความในช่องว่างทุกแห่งด้วยตัวบรรจง **

| | | | |
|-----|---|-----|--|
| ถึง | แผนกสินไหม โทรศัพท์ : 0-2308-2245-54, 0-2716-5180 โทรสาร : 0-2308-2254 กด 1 | จาก | โรงพยาบาล.....ห้อง..... หมายเลขโทรสาร.....ชื่อผู้ส่ง..... |
|-----|---|-----|--|

ตอนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกัน

ชื่อ-สกุล.....วัน เดือน ปี เกิด.....อายุ.....ปี เกศ.....
 อาชีพ.....() บัณฑิตประชาชน () อื่น ๆ (ระบุ).....เลขที่บัตร.....
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....
 เลขที่กรมธรรม์.....ใบรับรอง เลขที่.....
 บริษัทประกันอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ).....เลขที่กรมธรรม์.....

กรณีอุบัติเหตุส่วนบุคคล (Care Card) เลขที่กรมธรรม์.....ลำดับที่ (ถ้ามี).....จากการเกิดเหตุครั้งนี้
 () ไม่เคยรักษาที่ใด () เคยรักษาที่.....เมื่อ.....โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาไปแล้วเป็นจำนวนเงิน.....บาท

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัท ไทยซัมซุง ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายค่าชดเชยค่าการ
 รักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่บนเงื่อนไขความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่
 สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ความชดเชยในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบ ว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้
 เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทฯ จะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทฯ ได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่ สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่
 จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทฯ ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับทราบค่าชดเชย

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้ โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย
 บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดและ การตรวจรักษาต่าง ๆ ที่
 เกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัทฯ ฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ หนึ่งสำเนาในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้
 ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดี โดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้ว จึงได้ตกลงยินยอม ลงลายมือชื่อ
 เพื่อผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย พยาน..... พยาน.....
 (.....) วันที่..... (.....) (.....)

หมายเหตุ : กรณีเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์

ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

| | | |
|---|---|-------------------------|
| Physician's Name..... | Medical Specialty..... | Medical License No..... |
| Admission Date.....Time..... | Underlying condition..... | |
| I.L.N.....A.N..... | Provisional Diagnosis..... | |
| Vital Signs T.....C P.....R.....BP..... | Indication for Admission..... | |
| Chief complaint/duration..... | Plan of Treatment..... | |
| Present illness or cause of injury..... | Expected Length of stay.....day (s) | |
| Pervious treatment for this illness or injury (Date&Place)..... | Others..... | |
| The illness directly related to an accident () Yes () No | () Private case.....() Hospital case..... | |
| If yes,date.....time..... | Signature..... | |
| The illness or injury influenced by alcohol or drug addict | | |
| () Yes.....() No | | |

ตอนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

บริษัทฯ ได้พิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับ ขอเรียน () ยินยันทัดสินเบื้องต้น (*ทางบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์การจ่ายถ้าสถานะไม่ได้ได้รับความคุ้มครองตามสัญญา)
 ไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจาก () ไม่มีสัญญาค่ารักษาพยาบาล () สัญญาขาดผลบังคับ () เป็นข้อยกเว้นตามเงื่อนไขกรมธรรม์
 () อายุสัญญาอยู่ในระยะเวลาที่ไม่สามารถใช้สิทธิได้ () ขอพิจารณาพร้อมส่วนที่ 2 (Form B)
 () สัญญาอยู่ในระยะเวลาค่อนต้นการชำระเบี้ย () อื่น ๆ.....
 ลงชื่อ.....ผู้พิจารณา บริษัท.....วันที่.....เวลา.....

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา (Attending Physician Summary)

ส่วนที่ 2 (Form B)

| | | | | |
|---|--|---|--|-------------------------|
| ถึง | <input type="checkbox"/> Health Care / Care Card <input type="checkbox"/> Fax Claim Service (FCS) | จาก | โรงพยาบาล..... ห้อง..... หมายเลข โทรสาร ชื่อผู้ส่ง..... | |
| Patient's Name :..... HN..... AN..... | | Admission Date..... Time..... Discharge Date..... Time..... | | |
| Please give detail relating to the treatment | | *Please use medical terminology | | |
| 1. For Illness : A. Date you first saw this patient for the illness:..... B. Chief complaint and duration of symptoms:..... C. In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness:..... 2. For Accident A. Date & Time of accident.....Date & Time you first saw this patient..... B. Cause of accident,nature of wound and injured organs..... C. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital? () No () Yes..... 3. Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs)..... 4. Underlying diseases..... 5. Investigations / Pathological studies..... 6. Diagnosis 1.....ICD 10..... Diagnosis 2.....ICD 10..... Diagnosis 3.....ICD 10..... (Please fill diagnosis that treated on this admission,not including the underlying disease or conditions not treated:please raking from the most important dx to the less one) 7. A. Treatment..... B. Surgery/Operation.....Date.....CPT/ICD9-CM..... C. Result/Complications..... 8. Is the illness related to alcohol drug abuse or addiction? () No () Yes..... 9. For Female is the patient pregnant? () No () Yes.....Gestational age.....Wks 10. Was the treatment relate to infertility? () No () Yes..... 11. HIV () Not done () Done Result..... 12. Has patient ever been treated by other doctor before? () No () Yes,please give name and address..... 13. Past History:..... | | | | |
| Date | Signs & Symptoms | Diagnosis | Treatment | Physicians |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 14. For accident: estimated time for recovery..... | | | | |
| Signature..... | | Medical specialty..... | | Medical License No..... |
| (.....) | | Tel.No..... | | Date..... |
| แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ | | | | |

ข้อความทราบ

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 269 ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง