

แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมแบบผู้ป่วยนอก (OPD)

ส่วนที่ 1 (Form A)

**** โปรดเติมข้อความในช่องว่างทุกแห่งด้วยตัวบรรจง ****

ถึง	แผนกสินไหม โทรศัพท์ : 0-2716-5180 , 0-2308-2245-52 กด 2 โทรสาร : 0-2092-7777	จาก	โรงพยาบาล.....ห้อง..... หมายเลขโทรศัพท์.....ชื่อผู้ส่ง.....
-----	---	-----	--

สำหรับผู้เอาประกัน	
ชื่อ-สกุล _____ อายุ _____ ปี โทรศัพท์ _____ อาชีพ _____ ที่อยู่ _____ บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/ใบขับขี่ เลขที่ _____	เลขที่กรมธรรม์ POL# _____ ลำดับที่ (ถ้ามี) _____ วันที่บัตรมีผล START _____ วันหมดอายุ EXP _____ จากการเกิดเหตุหรือการเจ็บป่วยในครั้งนี้ <input type="radio"/> ไม่เคยรักษาที่ใด <input type="radio"/> เคยรักษาที่สถานพยาบาล _____ วันที่ _____ โดยใช้สิทธิ SSLI CARE CARD ไปแล้วรวมจำนวน _____ บาท
สำหรับอุบัติเหตุกรอกรายละเอียดเพิ่มเติม วันที่อุบัติเหตุ _____ เวลา _____ น. สถานที่เกิดเหตุ _____ ระบุรายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บ : _____	กรณีที่มีสัญญาเพิ่มเติมอุบัติเหตุ AI, AD&D, HA, HB สามารถนำสำเนาใบเคลม นี้โดยให้ทางโรงพยาบาลประทับตรารับรองสำเนาถูกต้อง ส่งเรียกจ่ายค่าชดเชย AI, AD&D, HA, HB ตามปกติ กรุณาระบุเลขที่กรมธรรม์ _____ ค่ารักษาครั้งนี้ท่านใช้สิทธิบัตรประกัน หรือไม่ <input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัท ไทยซัมซุง ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษาโดยให้ถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายชดเชยค่าการรักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง

หมายเหตุ : บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบภายหลังพบว่ามีการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของท่านอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้ โรงพยาบาล แพทย์ หรือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ไบops หรือการรักษา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใดๆ ต่อ บริษัท ไทยซัมซุง ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงนาม _____ ผู้เอาประกันภัย วันที่ _____ พยาน _____
 (_____) (_____)

หมายเหตุ: กรณีเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์

สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา	
1. Date of Accident _____ Time _____ Place _____ 2. Cause and Detail of injury, illness: _____ 3. Diagnosis : _____ Underlying Disease (DM, HT, Epilepsy, etc.) _____ 4. Was such injury influenced by Alcohol / Drug Addict? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes _____	5. Date of Hospitalization ; _____ 6. CC & finding (How Long) : _____ 7. Has patient ever consulted doctor for this accident before? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes Date Consulted _____ Name of Hospital _____ Vital sign T _____ P _____ R _____ BP _____ SIGNED _____ ATTENDING PHYSICIAN (_____) Practitioner's license No. _____ Date _____
สำหรับบริษัทฯ	
ACC. CODE _____ TD. _____ Day ME. _____ WI. _____ PD. _____ Day SURG. _____ APPROVED BY _____	

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา (Attending Physician Summary)

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้ประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

ส่วนที่ 2 (Form B)

Patient's Name		Age : years		sex : <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female																
ID No.		H.N.#		A.N.#																
OPD Date		Time		Date admitted																
Time		Date discharged		Time																
1. CHIEF COMPLAINT																				
2. FOR ILLNESS																				
A. How long had the patient experienced these symptoms? days / weeks / years.																				
B. How long do you feel the symptoms existed prior to this consultation? days / weeks / years.																				
C. Did you advise the patient to be admitted to the hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																				
Indication for admission																				
3. FOR ACCIDENT																				
A. Date & time of accident : Time :																				
B. Cause of accident :																				
C. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																				
4. Date first saw the patient for this illness / injury :																				
5. (a) Present illness / Detail of Injury :																				
(b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs)																				
6. (a) Pertinent lab / Investigations :																				
(b) HIV Test <input type="checkbox"/> Yes , result <input type="checkbox"/> No																				
7. Diagnosis 1 ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diagnosis 2 ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
Diagnosis 3 ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diagnosis 4 ICD 10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																				
(Including principle underlying condition and complication)																				
8. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.):.....																				
(b) Operation : ICD 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pathology report :																				
Surgeon 's Name Specialty																				
Date performed :																				
(c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes , please give detail																				
.....																				
9. (a) Result of Treatment : <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor																				
(b) Possibility of recurrence? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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) ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																				
b) Unfavorable past medical history <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																				
c) Degenerative change (s) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																				
d) A family history that increased the probability or severity of this disease <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																				
e) Doctor's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increased risk? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																				
f) Alcohol or drugs <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																				
If the answer is "yes", please specify																				
13. Other past medical history :																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">Date</th> <th style="width:25%;">Diagnosis</th> <th style="width:25%;">Treatment</th> <th style="width:15%;">Duration</th> <th style="width:20%;">Doctor/Hospital's Name</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>						Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor/Hospital's Name
Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor/Hospital's Name																
.....																
.....																
14. FOR FEMALE : Was the patient pregnant at the time of treatment? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes weeks (LMP :																				
: Was the treatment relate to infertility? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																				
15. Other comments about this 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																				
Qualification																				
License No.																				
Hospital Name																				
address																				
TEL No.																				
Signed																				
Date																				
<p>ข้อควรทราบ ผู้ใดในการประกอบกรงานวิชาชีพ ทำคำรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 269 ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าเสียหายในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง</p>																				