



# ใบคำร้องขอใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน

(Form A)

|            |  |            |                                       |
|------------|--|------------|---------------------------------------|
| <b>ถึง</b> | แผนกสินไหมทดแทน บริษัท เจเนอราลี่ (ไทยแลนด์) จำกัด มหาชน | <b>จาก</b> | โรงพยาบาล .....                       |
|            | <input type="checkbox"/> ประกันชีวิต                     |            | โทรศัพท์ .....                        |
|            | <input type="checkbox"/> ประกันภัย                       |            | โทรสาร .....                          |
|            | <input type="checkbox"/> ประกันกลุ่ม                     |            | ชื่อผู้ส่ง .....                      |
|            |  |            | ผู้เอาประกัน Admit Ward.....ห้อง..... |

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย .....กรมธรรม์เลขที่.....แผน.....  
 ชื่อบริษัทผู้ถือกรมธรรม์.....หมายเลขสมาชิก.....

สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

HN..... AN.....  
 Admission date: ..... Time: ..... BP= ..... T=..... P= ..... R=.....  
 Chief Complaint/duration: .....  
 Is the injury/illness directly related to an ACCIDENT? \_ Yes \_ No  
 Was the injury/illness influenced by the use of alcohol or drugs? \_ Yes \_ No  
 Initial diagnosis: .....Underlying conditions / disease: .....  
 Reason for admission: .....  
 Provisional diagnosis: ..... ICD 10: .....  
 Treatment plan: ..... ICD 9: .....  
 Expected length of stay .....day (s) Estimated cost of treatment (THB.) .....  
 Previous treatment for similar illness \_ Yes \_ No  
 Date of consultation: ..... Hospital: .....  
 Other comments: .....  
 Doctor's Signature: ..... License Number: .....  
 (.....) Specialty: .....

## หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท ตัวแทนประกัน ชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อ บริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อ การขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

**หมายเหตุ :** \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ \*\* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย:..... วันที่ :..... พยาน :..... พยาน :.....  
 (.....) ความสัมพันธ์:..... (.....) (.....)

## สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

ผู้เอาประกันมีสิทธิเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน  
 ถ้า Admit เกิน.....วัน กรุณาแจ้งอีกครั้ง  
 ขอพิจารณาพร้อมขั้นตอนกลับบ้าน.....  
 ไม่สามารถให้สิทธิได้ เนื่องจาก.....  
 ขอให้ผู้เอาประกันภัยสำรองเงินจ่ายไปก่อนแล้วส่งใบเสร็จรับเงินและเอกสารที่เกี่ยวข้องมาเรียกร้องกับบริษัทฯ โดยตรง

ลงชื่อ.....ผู้พิจารณาสินไหมทดแทน วันที่.....เวลา.....

อนึ่งการพิจารณาสินไหมทดแทนนี้ เป็นการพิจารณาเบื้องต้นเท่านั้น การพิจารณาสินไหมทดแทนจะถือเป็นการสิ้นสุด เมื่อบริษัทฯ ได้รับข้อมูลการรักษาครบถ้วน บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการให้สิทธิ Fax Claim กรณีเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยและการรักษาจากที่แจ้งอนุมัติสิทธิในเบื้องต้น