

แบบฟอร์มคนไข้นอก กรณีเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (OPD CLAIM FORM)

ถึง TO	บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) โทร 02-825-8888 แฟกซ์ 02-7181502 กรมธรรม์เลขที่	จาก FROM	โรงพยาบาล..... HN#..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... วันที่เข้ารับรักษา.....เวลา.....น. ผู้ส่ง.....
-----------	---	-------------	--

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอก/ Section 1 (To be completed by the Insured Person) กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน

ชื่อ-สกุล Name วันเดือนปีเกิด Date of Birth อายุ Age ปี

อาชีพ Occupation บัตรประชาชน/อื่นๆ ระบุ ID Card/Other, please specify เลขที่บัตร No.

ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address โทรศัพท์ Telephone No.

บริษัทประกันภัยอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ) ชื่อบริษัท Other insurers (if any, please specify) หมายเลขกรมธรรม์ Policy No. ประเภทของการประกันภัย Type of Insurance

อาการเจ็บป่วยหรือ อุบัติเหตุ ลักษณะของอาการหรือการเกิดเหตุโดยสังเขป
Symptoms of illness or accident & brief details of how the accident occurred:

วันที่เกิดเหตุ Date of accident เวลาที่เกิดเหตุ Time สถานที่เกิดเหตุ Place of accident

การเจ็บป่วย/การเกิดเหตุครั้งนี้ท่าน I have not been treated ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน เคยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาล เมื่อวันที่ Date of treatment:

โดยได้ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น Baht Baht The balance remaining under the limit for medical expenses Baht

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค โยสัชยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท ประกันภัยตามที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบอำนาจนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby authorize any hospital, doctor or other person who has attended to me or any member of my family to furnish the Insurance Company or its representatives with all information including medical history, consultations, prescriptions, treatment, and copies of all hospital & medical records related to this claim. I agree that a photocopy of this Authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ลงชื่อ Signed ผู้เอาประกันภัย (the Insured person) วันที่ Date

ต้องการรับค่าสินไหมฯ เป็น เช็ค ดราฟ โอนเงินเข้าบัญชี ส่งจ่ายในนาม

กรณีโอนเงิน กรุณาแนบสำเนาสมุดเงินฝากธนาคาร พร้อมกับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนมาพร้อมเอกสารฉบับนี้ บัญชีธนาคารเลขที่ สาขา.....

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษากรอก/ Section 2 Medical Information (To be completed by the attending doctor)

The Patient's Name Is the illness/injury related to an accident? Yes, No,

Chief Complaint:

1. Symptom / Accident date.....2. Date you first saw the patient for this illness / injury.....

3. (a) Present illness / Details of injury:.....
.....
(b) Pertinent clinical findings (symptom & signs).....

4. Diagnosis 1.ICD10.....
Diagnosis 2.....ICD10.....

5. Treatment Suture.....stitch Wound dressing Physical therapy Others.....
 Medication / Investigation / Other (please specify):.....

6. Was the patient pregnant at the time of treatment? No Yes.....weeks (LMP.....)

7. Other comments:

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. Hospital Name.....Telephone No.....

Name of physician..... License No..... Speciality.....

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