

## 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.....
<b>ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอก/ Section 1 (To be completed by the Insured Person) กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน</b>			
ชื่อ-สกุล Name .....		วันเดือนปี เกิด Date of Birth .....	
อาชีพ Occupation .....		อายุ Age .....	
ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address .....		บัตรประชาชน/อื่นๆ ระบุ ID Card/Other, please specify .....	
บริษัทประกันภัยอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ) ชื่อบริษัท Other insurers (if any, please specify) .....		เลขที่บัตร No. ....	
อาการเจ็บป่วยหรือ อุบัติเหตุ ลักษณะของอาการหรือการเกิดเหตุโดยสังเขป Symptoms of illness or accident & brief details of how the accident occurred: .....		หมายเลขกรมธรรม์ Policy No. ....	
วันที่เกิดเหตุ Date of accident .....		โทรศัพท์ Telephone No. ....	
เวลาที่เกิดเหตุ Time .....		ประเภทของการประกันภัย Type of Insurance .....	
สถานที่เกิดเหตุ Place of accident .....		การเจ็บป่วย/การเกิดเหตุครั้งนี้ท่าน As a result of this illness or accident, <input type="checkbox"/> ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน <input type="checkbox"/> เคยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาล	
การเจ็บป่วย/การเกิดเหตุครั้งนี้ท่าน As a result of this illness or accident, <input type="checkbox"/> ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน <input type="checkbox"/> เคยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาล		เมื่อวันที่ Date of treatment: .....	
โดยได้ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น The cost of treatment that has already been given .....		บาท ยังคงเหลือวงเงินตามสิทธิสำหรับค่ารักษาพยาบาลอีก Baht The balance remaining under the limit for medical expenses .....	
บาท		บาท	
ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ไข้ สงาย หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท ประกันภัยตามชื่อที่ปรากฏด้านบน 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 <input type="checkbox"/> เชื้อ <input type="checkbox"/> ดริฟ <input type="checkbox"/> โอนเงินเข้าบัญชี <input type="checkbox"/> ส่งจ่ายในนาม .....			
กรณีโอนเงิน กรุณาแนบสำเนาสมุดเงินฝากธนาคาร พร้อมกับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนมาพร้อมเอกสารฉบับนี้ บัญชีธนาคารเลขที่ ..... สาขา.....			
<b>ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษากรอก/ Section 2 Medical Information (To be completed by the attending doctor)</b>			
The Patient's Name .....		Is the illness/injury related to an accident? <input type="checkbox"/> Yes, <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Suture.....stitch <input type="checkbox"/> Wound dressing <input type="checkbox"/> Physical therapy <input type="checkbox"/> Others.....			
<input type="checkbox"/> Medication / Investigation / Other (please specify):.....			
.....			
6. Was the patient pregnant at the time of treatment? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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.....			