



บริษัท คิง ไว ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

43 อาคารไทย ซิซี ทาวเวอร์ ชั้น 33 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์ : 02-033-9000 ทะเบียนเลขที่ 0107537001081

หนังสือเรียกร้องเงินค่ารักษาในโรงพยาบาล

HS

HB

คำเรียกร้องที่.....

ชื่อผู้รับแจ้ง.....

หน่วย/ภาค/สาขา.....

วันที่รับแจ้ง...../...../.....

แบบและเลขที่กรมธรรม์

1. ชื่อและนามสกุล.....อายุ.....ปี
 ที่อยู่ปัจจุบัน..... โทรศัพท์.....
 สถานที่ทำงาน..... โทรศัพท์.....

2. รายละเอียดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

(ก) ชื่อโรงพยาบาล.....

(ข) ชื่อแผนกที่ได้รับการรักษา.....

(ค) ชื่อแพทย์ผู้ให้การรักษา ขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล.....

(ง) การวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้ให้การรักษา.....

(จ) แพทย์ได้แจ้งผลการวินิจฉัยให้ทราบหรือไม่.....

(ฉ) ได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ไม่ได้ผ่าตัด ผ่าตัด โปรดระบุรายละเอียด.....

(ช) ได้รับการตรวจตามรายการต่อไปนี้หรือไม่ เอ็กซเรย์ ตรวจหัวใจ ตรวจเลือด อื่นๆ

3. กรณีที่การรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

(ก) วันที่เกิดอุบัติเหตุ.....เวลา.....น.

(ข) สถานที่เกิดอุบัติเหตุ.....

(ค) ชื่อและที่อยู่ของผู้เห็นเหตุการณ์.....

(ง) อุบัติเหตุเกิดขึ้นอย่างไร (ระบุรายละเอียด).....

(จ) อวัยวะที่บาดเจ็บ ตำแหน่งและลักษณะบาดแผล.....

4. กรณีรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากความเจ็บป่วย กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

(ก) อาการเจ็บป่วย.....

(ข) อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล.....

(ค) รายละเอียดของการปรึกษาทางการแพทย์

วันที่	ชื่อและที่อยู่ของแพทย์
.....
.....
.....
.....

แพทย์คนแรกที่ท่านปรึกษาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
 แพทย์ที่แนะนำให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 แพทย์อื่นๆ ที่ให้คำปรึกษา
 แพทย์ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการลักษณะเดียวกันนี้ในอดีต

5. กรณีที่เป็นสตรี กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้

ขณะที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลครั้งนี้ ท่านมีครรภ์หรือไม่ ไม่มี มี ถ้ามี ตั้งครรภ์มาแล้ว.....เดือน

6. ชื่อสถาบัน หรือบริษัท และเลขที่กรมธรรม์ (กรณีได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือมีประกันสุขภาพกับบริษัทอื่น).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความในรายการข้างต้นทั้งหมดเป็นความจริง และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือองค์การสถาบันที่ทำการตรวจรักษา
 ข้าพเจ้าทั้งในอดีตและปัจจุบัน เปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดแก่ บมจ. คิง ไว ประกันชีวิต หรือผู้ได้รับมอบหมาย
 สำนึกภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่าใช้ได้และสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน
 (.....)
 ความสัมพันธ์.....
 (เฉพาะกรณีที่ไม่อาจเรียกร้องด้วยตนเอง)

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน
 (.....)
 ลงนามให้เหมือนกับในคำขอเอาประกัน
 วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

รายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันภัยเป็นผู้รับผิดชอบ

Patient's Name..... Age:years Sex : male female
 ID No..... H.N. # A.N. # X.N. #
 Date admitted..... Time..... Date discharged Time.....

1. **CHIEF COMPLAINT:**

.....

2. **FOR ILLNESS**

A. How long had the patient experienced the symptoms? days/weeks/years.

B. How long do you feel that symptoms existed prior to this consultation? days/weeks/years.

C. Did you advise the patient to be admitted to the hospital? No Yes

Indication for admission.....

3. **FOR ACCIDENT**

A. Date & time of accident: Date : Time.....

B. Cause of accident:

C. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital?

No Yes.....

4. Date first saw the patient for this illness / Injury:

5. (a) Present illness/Details of Injury:

(b) Pertinent clinical findings (symptoms & signs)

6. (a) Pertinent lab / Investigations:

(b) HIV Test Yes, result..... No

7. Diagnosis 1ICD 10 Diagnosis 2ICD 10

Diagnosis 3ICD 10 Diagnosis 4ICD 10

(Including principle under lying condition and complication)

8. (a) Treatments (including number of stitches, medication given, physiotherapy, etc.):

.....

(b) Operation: ICD 9 Pathology report :

Surgeon's Name..... Specialty..... Date performed.....

(c) Diagnosis and treatment by other doctors in the same occasion. No Yes, please give detail

.....

9. (a) Result of Treatment: Good Fair Poor

(b) Possibility of recurrence? Yes 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) ? Yes 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 No Yes
- b) Unfavorable past medical history No Yes
- c) Degenerative change(s) No Yes
- d) A family history that increased the probability or severity of this disease No Yes
- e) Doctor's advice to have periodic "Medical Screening" for this disease because of increased risk? No Yes
- f) Alcohol or drugs No Yes

If the answer is "yes", please specify

.....

13. Other past medical history:

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Doctor/Hospital's Name
.....
.....
.....
.....

14. FOR FEMALE : Was the patient pregnant at the time of treatment No Yes.....weeks (LMP :)
 : Was the treatment relate to infertility No Yes.....

15. Other comments about the 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..... Specialty..... License No.....

Hospital Name..... address..... Tel. No.....

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

ข้อควรทราบ

ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาวินิจฉัย ทำการรับรองเป็นเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชน ผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ตามประมวลกฎหมายอาญา และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง