

Admission Notification Form

Part A

สำหรับผู้ป่วยประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย : _____ เพศ : ชาย หญิง เลขประจำตัวประชาชน : _____
วันเดือนปีเกิด : _____ อายุ : _____ ปี เดือน _____ อาชีพ : _____
โทรศัพท์มือถือ : _____ โทรศัพท์บ้าน : _____ อีเมล : _____
ที่อยู่ปัจจุบัน : _____

2. กรมธรรม์เลขที่ : _____ ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี) _____
มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่ ไม่มี มี บริษัท : _____ กรมธรรม์เลขที่ : _____

3. สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
 เจ็บป่วย อาการ : _____ ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : _____
สถานพยาบาลที่เคยรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : _____ วันที่เข้ารับการรักษา : _____
 บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ : _____ เวลา : _____ สถานที่เกิดเหตุ : _____
สาเหตุของการบาดเจ็บ : _____
ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ : _____

4. สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ไม่เคยรักษาที่ใด เคยรักษาที่ _____ เมื่อ : _____
โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิค่ารักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน _____ บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากรหรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีเรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่ากรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้ส่งจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับค่าบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมมอบความสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย : _____ วันที่ : _____ พยาน : _____ พยาน : _____

(_____) ความสัมพันธ์ : _____ (_____) (_____)

ผู้ให้ความยินยอม : _____ ในฐานะ บิดา/มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

For Hospital

1. Visit date : _____ Time : _____ Vital signs : T : _____ P : _____ R : _____ BP : _____

2. Chief complaint and duration : _____

3. Present illness or cause of injury : _____

4. Physical exam : _____

5. Previous treatment for this illness or injury (Date & Place) : _____

6. Is the illness related to : (please tick if yes)

Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage

Congenital / Hereditary disease

Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder

Influence of Drugs / Alcohol

Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction

AIDS

An accident; Date of accident : _____

Time : _____

7. Underlying condition : _____

8. Provisional diagnosis : _____ AdjRW= _____

9. Can the condition be managed under Out Patient basis Yes No

(If No please provide more information)

10. Reasons of admission _____

11. Plan of treatment _____

Physician's name _____ Medical license No _____ Specialty _____

(_____) Date _____

Admission Notification Form

Part B

Medical certification

Patient's Name : _____ Sex Male Female HN : _____ AN : _____ Age _____ year(s) _____ month(s)
Admission Date : _____ Time : _____ Discharge Date : _____ Time : _____ Consultation Date : _____

1. For Illness a) Date you first saw this patient for this illness : _____ _____ _____ b) Chief complaint and duration of symptom(s) : _____ _____ _____ _____ _____	2. For Injury a) Date of injury _____ Time: _____ b) Cause of injury _____ c) Details of injury _____ d) Did you smell alcohol from the patient? () No () Not known () Yes, blood alcohol test (if any) = _____ mg% e) Level of consciousness () Normal () Confusion () Drowsiness () Semi-coma () Coma f) Estimated time for recovery _____ _____
--	---

3. Did the patient need to be admitted to hospital? () No () Yes, indication for admission _____

4. Vital signs : T _____ P _____ R _____ BP _____

5. Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs) _____

6. Investigation & Result (Lab, EKG, X - ray, etc.) _____

7. HIV Test () No () Yes, Result : _____ Date performed : _____

8. Underlying disease: _____

9. Diagnosis 1 : _____ ICD10-TM : _____

Diagnosis 2 : _____ ICD10-TM : _____

Diagnosis 3 : _____ ICD10-TM : _____

10. Treatment : _____

Adjusted RW	

11. Surgery/Operation : _____ ICD9-CM : _____ Date performed : _____

Anaesthesia Type : () General Anaesthesia () Spinal Anaesthesia () Local Anaesthesia () Others _____

12. Pathological report : _____

13. Complications (if any) : _____

14. Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? () No () Yes, please specify _____

15. For Female: Is the patient pregnant? () No () Yes, gestational age _____ weeks _____

Was the treatment related to infertility? () No () Yes, please specify _____

16. Has patient ever been treated by another doctor before? () No () Yes, please give name and address _____

17. Was the illness/injury contributed to or influenced by any of the following

a) Physical defects/congenital anomaly () No () Yes

b) Degenerative change(s) () No () Yes

18. Others past medical history

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Hospital

19. Other comments about the injury / illness _____

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above. Physician's signature

Physician's signature _____ (_____)	Medical specialty : _____ Tel no : _____	Thai Medical license no : _____ Date : _____
Medical institute : _____	Address : _____	

Remark : Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Thai Medical Council

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายสินไหม โทรศัพท์ 0 2207 8888 กด 2

ทะเบียนเลขที่ 0107555000210 สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชียนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
www.ocean.co.th E-mail : info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 0 2207 8888 โทรสาร 0 2207 8822