

ส่วนที่ 1 Admission (Form A) () Day surgery

ถึง	บริษัท เอ็ทน่า ประกันสุขภาพ(ประเทศไทย)จำกัด(มหาชน)	จาก	โรงพยาบาล..... ห้อง.....
	แผนก Pre-authorization โทรสาร 02-230-6553 (หมายเลขอัตโนมัติ)		หมายเลขโทรสาร.....

ตอนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกัน

ชื่อ-สกุล.....วันเดือนปี เกิด.....อายุ.....ปี เพศ.....บัตรประชาชน/อื่น (ระบุ)

ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์..... เลขที่บัตร.....

เลขที่กรมธรรม์.....

บริษัทประกันอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ)..... เลขที่กรมธรรม์.....

กรณีอุบัติเหตุส่วนบุคคล เลขที่กรมธรรม์.....ลำดับที่ (ถ้ามี).....

จากการเกิดเหตุครั้งนี้ () ไม่เคยรักษาที่ใด () เคยรักษาที่.....เมื่อ.....

โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาไปแล้วเป็นจำนวนเงิน.....บาท

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้บริษัทฯ จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายชดเชยค่าการรักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงและข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทฯ จะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทฯ ได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระหนี้สินคืนแก่บริษัทฯ ภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าว

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจหรือรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค โภชเภสัชหรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัทฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้ว จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย วันที่..... พยาน.....พยาน.....

(.....) กรณีเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์ (.....) (.....)

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจหรือรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งผลการตรวจเกี่ยวกับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV/AIDS) ต่อบริษัทฯ..... หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย วันที่..... พยาน.....พยาน.....

(.....) กรณีเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน พร้อมระบุความสัมพันธ์ (.....) (.....)

ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

Physician's Name.....	Plan of Treatment
Medical Specialty.....	Previous treatment for this illness or injury (Date &Place).....
Medical License No.....
Admission DateTime.....	Expected Length of stay.....day(s) Others.....
Underlying condition.....	() Private case () Hospital case
H.N.....A.N.....	The illness directly related to an accident () No () Yes
Provisional Diagnosis.....	If yes, date.....Time.....
Vital signs T.....BP.....P.....RR.....	The illness or injury influenced by alcohol or drug addict
Chief complaint/duration.....	() No () Yes () Unknown
Indication for Admission.....	Signature.....
Present illness or cause of injury	Date.....

ตอนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

บริษัทฯ ได้พิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับ ขอเรียนว่า () ยืนยันสิทธิเบื้องต้น (*ทางบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์การจ่ายถ้าสภาวะไม่ได้รับความคุ้มครองตามสัญญา)

() ไม่สามารถใช้สิทธิได้เนื่องจาก..... () อื่น ๆ

ลงชื่อ ผู้พิจารณา บริษัท..... วันที่.....เวลา.....