



แบบฟอร์มยืนยันขอรับความคุ้มครองการตรวจพิเศษภายใต้ผลประโยชน์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก

วันที่ทำการตรวจ ชื่อสถานพยาบาล

ชื่อ-สกุล.....เพศ.....บัตรประชาชน/อื่น (ระบุ)

ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....

เลขที่บัตร.....เลขที่กรมธรรม์.....

ตามที่บริษัทฯ มีการพิจารณาความคุ้มครองเพิ่มเติมสำหรับการตรวจพิเศษแบบผู้ป่วยนอก สำหรับรายการดังนี้ PET Scan, CT Scan, MRI, Echocardiogram และ Exercise Stress Test ภายใต้สัญญาคุ้มครองการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีเงื่อนไขว่าสมาชิกจะได้รับความคุ้มครองดังกล่าวก็ต่อเมื่อ สมาชิกทำการตรวจสอบสิทธิ์เบื้องต้นและได้รับการอนุมัติความคุ้มครองจากเอ็ทน่า ตามขั้นตอนนั้น

แม้ข้าพเจ้ารับทราบเงื่อนไขในการให้ความคุ้มครองดังกล่าวของบริษัทแล้ว แต่ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์การรับความคุ้มครองตามเงื่อนไขข้างต้น เนื่องจาก..... และตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายชดเชยค่าการรักษาพยาบาลภายใต้ผลประโยชน์คุ้มครองการรักษาแบบผู้ป่วยนอกให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และจะไม่นำส่วนเกินค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น มาเรียกร้องค่าชดเชยจากสัญญาความคุ้มครองในหมวดอื่น หมวดใด ภายใต้กรมธรรม์ รวมทั้งจะไม่ร้องขอให้ทำการเปลี่ยนแปลงการพิจารณาไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต่อบริษัทอีกในภายภาคหน้า

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ไบops หรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการตรวจทดสอบผลเลือดและการตรวจรักษาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัท หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท ๆ หนึ่งสำเนาไป หนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัท เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้ว จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ตามที่ระบุไว้ในเอกสารนี้ทุกประการ

ลายเซ็น (_____) ผู้เอาประกัน ____/____/____	ลายเซ็น (_____) พยาน ____/____/____
--	--