



**บริษัท เจนเนอรัลลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)**  
87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นส พลัส ชั้น 16 ยูนิท 1602 – 1605  
ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828 โทรสาร : 02-685-3829  
ทะเบียนเลขที่ 0107555000589

### ใบคำร้องขอใช้สิทธิ์การรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยใน

(Form A)

ถึง	แผนกสินไหมทดแทน บริษัท เจนเนอรัลลี่ (ไทยแลนด์) จำกัด มหาชน <input type="checkbox"/> ประกันชีวิต <input type="checkbox"/> ประกันภัย <input type="checkbox"/> ประกันกลุ่ม	จาก	โรงพยาบาล ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร..... ชื่อผู้ส่ง ..... แผนก ..... ผู้เอาประกัน Admit Ward.....ห้อง.....
ชื่อ..... สกุลผู้เอาประกันภัย.....กรมธรรม์เลขที่..... แผน..... ชื่อบริษัทผู้ถือกรมธรรม์.....หมายเลขสมาชิก .....			

#### สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

HN.....	AN.....
Admission date.....	: Time..... : BP..... =T..... =... P..... =R..... =...
Chief Complaint/duration.....	:
Is the injury/illness directly related to an ACCIDENT? _Yes _No	
Was the injury/illness influenced by the use of alcohol or drugs? _Yes _No	
Initial diagnosis.....	:Underlying conditions /disease..... :..
Reason for admission.....	:
Provisional diagnosis.....	: ICD 10..... :.....
Treatment plan .....	: ICD 9..... :.....
Expected length of stay .....	day )s (Estimated cost of treatment )THB..... (...
Previous treatment for similar illness _Yes _No	
Date of consultation.....	: Hospital..... :.....
Other comments.....	:
Doctor's Signature.....	: License Number..... :.....
(.....(.....	Speciality..... :.....

#### หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย /ผู้ทรงกรมธรรม์ และ/หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ และ/



**บริษัท เจนเนอราลี ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)**

87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นส พลัส ชั้น 16 ยูนิค 1602 - 1605  
ถนนวิภาวดี แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828 โทรสาร : 02-685-3829  
ทะเบียนเลขที่ 0107555000589

หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

**หมายเหตุ** กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนาม \* ;แทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง \*\*2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย:..... วันที่ :..... พยาน :..... พยาน :.....  
(.....) ความสัมพันธ์:..... (.....) (.....)

**สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท**

- ผู้เอาประกันมีสิทธิเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
  - ถ้า Admit เกินวัน กรุณาแจ้งอีกครั้ง.....
  - ขอพิจารณาพร้อมขึ้นตอนกลับบ้าน.....
  - ไม่สามารถให้สิทธิได้ เนื่องจาก.....
  - ขอให้ผู้เอาประกันจ่ายสำรองเงินจ่ายไปแล้วส่งใบเสร็จรับเงินและเอกสารที่เกี่ยวข้องมาเรียกกรังกับบริษัทฯ โดยตรง
- ลงชื่อ..... ผู้พิจารณาสินไหมทดแทน วันที่..... เวลา.....

อนึ่งการพิจารณาสินไหมทดแทนนี้ เป็นการพิจารณาเบื้องต้นเท่านั้น การพิจารณาสินไหมทดแทนจะถือเป็นการสิ้นสุด เมื่อบริษัทฯ ได้รับข้อมูลการรักษาครบถ้วนบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการให้สิทธิ Fax Claim กรณีเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยและการรักษาจากที่แจ้งอนุมัติสิทธิในเบื้องต้น