

แบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD)



C 30010002



เลขที่บัตรประชาชน

กรุณากรอกแบบฟอร์มให้ครบถ้วน และส่งคืนบริษัทฯ หรือมอบป็นสรุปรายการคำรักษา และใบเสร็จของโรงพยาบาลภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ออกจากโรงพยาบาล

รับเงินค่าสินไหมเร็วขึ้น เพียงทำหนังสือแจ้งการใช้บริการขอรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคาร ความปลอดภัยบนอินเทอร์เน็ต www.azay.co.th หรือขอรับแบบฟอร์มที่ เอรอร์วิศ เซ็นเตอร์ทุกสาขา

ผู้ผลการพิจารณาใหม่ และข้อมูลข่าวสารจากบริษัท ค่าโอนโครง ง่ายๆ เพียงทำแบบฟอร์มหมายเลขโทรศัพท์มือถือ และอีเมลลงในแบบฟอร์มนี้

เลขที่กรมธรรม์ _____

ชื่อผู้นำส่ง _____ โทรศัพท์ _____ วันนำส่ง _____

ชื่อตัวแทน | ผู้บริหารตัวแทน | นายหน้า _____ รหัส _____ โทรศัพท์ _____

หน่วย | เขต | ภาล | ธนาคาร _____ สาขา _____ โทรสาร _____

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย \ \ _____ วัน เดือน ปีเกิด _____ อายุ _____ ปี

เพศ ชาย หญิง ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อหมู่บ้าน | อาคารชุด _____ เลขที่ _____ หมู่ _____ ซอย _____

ถนน _____ แขวง | ตำบล _____ เขต | อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์บ้าน _____ โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____

สาเหตุเนื่องจาก เจ็บป่วย อุบัติเหตุ (ระบุวันที่เกิดอุบัติเหตุ) _____ อื่นๆ (ระบุ) _____

ขอส่งเอกสารเพื่อประกอบการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	วันที่รับการรักษา	เลขที่ใบเสร็จรับเงินคืนผู้ป่วย	จำนวนเงิน	ใบรับรองแพทย์	
				มี	ไม่มี

ข้าพเจ้าในฐานะผู้เอาประกันภัย ขอรับรองว่าการเจ็บป่วยและเอกสารประกอบการพิจารณาถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บริษัทฯ ทำการเปลี่ยนแปลงที่อยู่เป็นปัจจุบันตามที่ระบุข้างต้นในกรมธรรม์ดังต่อไปนี้

1. _____ 2. _____ 3. _____

หมายเหตุ: เอกสารคืนเงินจะส่งไปยังที่อยู่ล่าสุดที่บันทึกในแจ้งกรมการเปลี่ยนแปลงไว้กับบริษัทฯ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย วันที่ _____

(_____) "กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนหรือมอบอำนาจกลับคืน"

หนังสือแจ้งความจำนง

ข้าพเจ้าตกลงมอบสิทธิให้แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลทุกแห่ง เปิดเผยข้อมูลประวัติสุขภาพ ประวัติทางการแพทย์ การตรวจรักษา หรือการดำเนินการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของข้าพเจ้า พร้อมสำเนาเอกสารให้แก่บริษัทฯ และยินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง รวมถึงทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดไป ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อประกอบการพิจารณาสิทธิและค่าบริการปฏิบัติตามสัญญาประกันภัย อนึ่ง สำเนาของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับเอกสารต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย วันที่ _____

(_____)

ส่วนที่แจ้งเฉพาะกรณีที่ได้รับเงินคืนค่ารักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยหรือผู้ปกครองไปแล้วเท่านั้น

ใบมอบอำนาจให้รับเงินแทน

ข้าพเจ้า _____ ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

ขอมอบให้ _____ รับเงินหรือโอนเงินค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาเพิ่มเติมผู้ป่วยนอกจาก บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต

จำนวน _____ บาท แทนข้าพเจ้า โดยเสมีมอบข้าพเจ้ารับเงินด้วยตนเอง

ลงชื่อ _____ ผู้มอบอำนาจให้รับเงินแทน (ผู้เอาประกันภัยหรือผู้ปกครอง)

(_____)

ลงชื่อ _____ ผู้รับเงินแทน (ตัวแทนข้าพเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย)

(_____) รหัสตัวแทน _____

การ "มอบให้รับเงินแทน" จะทำได้เฉพาะในกรณีที่ตัวแทนเจ้าของกรมธรรม์ประกันภัย (บัตรตัวแทนผู้ยังมีผลบังคับ) ได้จ่ายเงินให้ผู้เอาประกันภัยไปก่อนเท่านั้น และใบมอบอำนาจนี้จะสมบูรณ์เมื่อมีลายเซ็นผู้มอบอำนาจให้รับเงินแทน และผู้รับเงินแทนครบถ้วนทั้ง 2 ช่อง