

**สำหรับผู้อุปการะกันภัย**

ชื่อ-สกุล..... วันเดือนปีเกิด..... /..... /..... อายุ..... ปี เพศ..... บัตรประชาชน/อื่น (ระบุ).....  
 ที่อยู่..... โทรศัพท์..... เลขที่บัตร.....  
 เลขที่กรมธรรม์..... ใบรับรองเลขที่.....  
 บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ)..... เลขที่กรมธรรม์.....

สาเหตุของการบาดเจ็บ.....  
 วันที่ได้รับบาดเจ็บ..... เวลา..... สถานที่เกิดเหตุ.....  
 การเกิดเหตุครั้งนี้  ไม่เคยรักษาที่ใด  เคยรักษาที่..... เมื่อ.....  
 โดย ชำระเงินเอง หรือ ใช้สิทธิไปแล้ว เป็นจำนวนเงิน..... บาท

ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ บริษัทประกันภัย หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาล ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม หรือเชื้อชาติของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยได้

ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพประวัติการรักษาพยาบาล ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม หรือเชื้อชาติของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต ผู้แทนของบริษัท ผู้ถือกรมธรรม์ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อการขอเอาประกันภัยในอนาคต หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่มีการเรียกวงจรรักษาพยาบาลผ่านสถานพยาบาลข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์โดยชอบแล้วตามข้อกำหนด และเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใดๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดี ว่าบริษัทสงวนสิทธิ์ ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านสถานพยาบาล หากตรวจสอบพบว่า การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์อยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย บริษัทจะไม่ได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาล แทนข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระคืนจำนวนดังกล่าวทั้งหมดคืนให้แก่บริษัท ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่าผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทตามหนังสือฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้เอาประกันภัย (ลงชื่อ)..... พยาน  
 (.....)  
 วันที่..... วันที่.....  
 (ลงชื่อ)..... ผู้ให้ความยินยอม (ลงชื่อ)..... พยาน  
 (.....)  
 ในฐานะ บิดา / มารดา ผู้แทนโดยชอบธรรม วันที่.....  
 วันที่.....

หมายเหตุ : 1. การลงลายมือชื่อ (กรณีผู้อุปการะกันภัยเป็นผู้เยาว์)  
 1.1 ผู้เยาว์มีอายุตั้งแต่ 10 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แต่ไม่เกิน 20 ปีบริบูรณ์ ผู้เยาว์และบิดามารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ลงนามให้ความยินยอมร่วมกัน  
 1.2 ผู้เยาว์มีอายุไม่เกิน 10 ปีบริบูรณ์ ลงนามให้ความยินยอมโดยบิดามารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรม  
 2. การลงลายมือชื่อโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงลายมือชื่อรับรอง 2 ท่าน

**สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา**

History taking From  Patient  Other (โปรดระบุ).....  
 Patient's name ..... HN.....  
 1. Visit date ..... Time .....  
 2. Vital Signs T : ..... BP: ..... P: ..... R : .....  
 3. Chief complaint / duration .....  
 4. Present illness or Cause of injury .....  
 5. Past History / Underlying Disease .....  
 6. Physical Examination .....  
 7. Lab / X-ray result .....  
 8. Diagnosis ICD 10 .....  
 9. Treatment & Medication .....  
 10. The illness directly related to an accident  Yes  No If yes, date ..... time.....  
 11. The illness or injury influenced by alcohol or drug addiction  Yes  No  
 12. Any other comments / appointment / working leave / rest.....  
 Name of physician's ..... Medical Speciality ..... Medical License no .....