ทีไลฟ์ประกันชีวิต
T Life Assurance

บริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
T Life Assurance Public Company Limited
59/5 อาคารพาราไดซ์ เพลส ชั้น 4 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหนองบอน เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250
59/5 Paradise Place Building, 4th Floor, Srinagarindra Road, Nong Bon, Prawet, Bangkok 10250 THAILAND
โทร./Tel: (662) 111-0055 โทรสาร/Fax: (662) 111-0056 www.tlife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107555000481

หนังสือเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก

สำหรับผู้เอาประกัน

ชื่อ – สกุล .....อายุ.....ปี
ที่อยู่ .....
.....
.....โทรศัพท์ .....
บัตรประจำตัวประชาชน.....

กรมธรรม์เลขที่ ..... หนังสือรับรองที่(ถ้ามี) .....
กรมธรรม์เลขที่ ..... หนังสือรับรองที่(ถ้ามี) .....
วันที่มีผลบังคับ ..... วันที่หมดอายุ .....
จากการเกิดเหตุครั้งนี้ ☐ ไม่เคยรักษาที่ใด ☐ เคยรักษาที่สถานพยาบาล
วันที่เริ่มรักษา .....ใช้สิทธิ์แล้ว จำนวน ..... บาท

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้ บริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิตจำกัด (มหาชน) จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้โดยให้ถือเสมือนหนึ่งบริษัทฯ ได้จ่ายชดเชยค่าการรักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง

หมายเหตุ : บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาล หากตรวจสอบภายหลังพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของท่านอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค ใบสั่งยาหรือการรักษา พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิตจำกัด (มหาชน) หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

พยาน ลงนาม ..... ผู้เอาประกันภัย/ผู้ยินยอม .....
วันที่ ..... วันที่ .....

สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

Patient's Name.....Age:..... years
Sex :☐ male ☐ female ID No.....H.N.#.....

CHIEF COMPLAINT:.....
.....

FOR ILLNESS

1. Date you first saw this patient for this illness.....
2. Chief complain and duration of symptoms: .....
.....
.....
3. In your opinion, how long should this symptom persist for this illness ....
.....

FOR ACCIDENT

1. Date & time of injury .....Time .....
2. Cause of accident/Injury .....
.....
3. Was the patient under the influence of **alcohol or drug** at the time of arrival to the hospital? ☐ No ☐ Yes.....
Level of consciousness ☐ Normal ☐ Confusion ☐ Drowsiness ☐ Semi-Coma ☐ Coma

1. Patient Clinical findings (Symptoms & Signs) .....
.....
.....
Underlying diseases .....
Investigations/Pathological studies .....
.....
2. Diagnosis 1 .....ICD 10 .....
Diagnosis 2 .....ICD 10 .....
Diagnosis 3 .....ICD 10 .....
3. Treatments:.....
.....
.....

Operation: .....ICD 9 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pathology report: .....
Surgeon's Name .....
Specialty ..... Date performed: .....
4.Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction?
☐ No ☐ Yes .....
5.For female is the patient pregnant?
☐ No ☐ Yes Gestation age.....Wks
6.Was the treatment related to infertility? ☐ No ☐ Yes .....
7.HIV ☐ Not done ☐ Done Result .....
8.Has patient ever been treatment by other doctor before?
☐ No ☐ Yes .....

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above. Name of physician.....Specialty.....License No.....
Hospital Name.....Address.....TEL No.....

Hospital Stamp

Signature.....
Date.....