

**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 6 อาคารไอเอสทาวเวอร์ ชั้น 4, 22-23 ซอยสุขุมวิท 6  
 แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110  
 ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304  
 fwd.co.th



**แบบฟอร์มการขอใช้บริการ “Health Care” ผู้ป่วยใน**

ถึง : ศูนย์เฮลท์แคร์: 0-2779-6444 หมายเลขโทรสาร : 0-2632-2411	จากโรงพยาบาล : ..... ชื่อผู้ส่ง : ..... หมายเลขโทรสาร ..... แจ้งบริษัทฯ วันที่ ..... เวลา .....
--	---

**ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัย**

ชื่อ – นามสกุล ..... วัน/เดือน/ปีเกิด .....อายุ ..... เพศ .....

บัตรประจำตัวประชาชน / อื่นๆ (ระบุ) ..... เลขที่ ..... วันออกบัตร ..... วันหมดอายุ .....

เลขที่กรมธรรม์ ..... กรมธรรม์ประกันภัยกับบริษัทฯ อื่น (ถ้ามี) .....

ที่อยู่ปัจจุบัน ..... โทรศัพท์ .....

วันที่เข้ารับการรักษา ..... เวลา ..... ห้อง ..... HN..... AN.....

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้อะไรก็ตามหรือจะเพิ่มขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เกี่ยวข้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

**หมายเหตุ :**

- \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
- \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปี บริษัทฯ ให้บิดา/มารดา ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
- \* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย : ..... วันที่ : ..... พยาน : ..... พยาน : .....

(..... ) ความสัมพันธ์ : ..... (.....) (.....)

ผู้ให้ความยินยอม : ..... ในฐานะ  บิดา/มารดา  
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย  
 (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทผู้รับประกันภัยโดย scan QR Code

<p><b>ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาในเบื้องต้น</b></p> <p>Admission date ..... Time.....</p> <p>T.....°C,P...../min,BP..... /mmHg,R...../min</p> <p><input type="checkbox"/> เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ วันที่เกิดเหตุ .....</p> <p>อาการสำคัญ.....</p> <p>.....</p> <p>รายละเอียดการเจ็บป่วย (อุบัติเหตุ) .....</p> <p>ผู้ป่วยแจ้งมีอาการดังกล่าวมานานเท่าใด .....</p> <p>ผู้เอาประกันภัยเคยพบแพทย์เกี่ยวกับอาการดังกล่าวมาก่อนหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย พบที่ ส.พ. .... เมื่อ .....</p>	<p>มีโรคประจำตัวหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีโรค .....</p> <p>ตรวจพบครั้งแรกเมื่อ ..... ที่ ส.พ. ....</p> <p>The illness or injury influenced by alcohol or drug addict</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes .....</p> <p>INITIAL DIAGNOSIS .....</p> <p>INDICATION FOR ADMISSION .....</p> <p>PLAN OF TREATMENT .....</p> <p>PROCEDURE / SURGERY .....</p> <p>Expected Length of stay (days).....</p> <p>ผู้เอาประกันภัยมีครรภ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี</p> <p>LMP .....</p>
--	---

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ทำการรักษาหรือพยาบาลผู้ชุกประวัติ ..... ในประกอบวิชาชีพเวชกรรม เลขที่ .....

**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 6 อาคารไอเนสตาวเวอร์ ชั้น 4, 22-23 ซอยสุขุมวิท 6  
แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110  
ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304  
fwd.co.th



ส่วนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์เฮลท์แคร์	Ref. APPROVAL No.....
<p>บริษัทฯ พิจารณาการเรียกร้องค่าทดแทนรายนี้แล้วขอเรียนว่า</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> สามารถใช้บริการเครดิตได้</li><li><input type="radio"/> ให้สมาชิกสำรองจ่ายและส่งเอกสารมาพิจารณาตามปกติ</li></ul> <p>ลงชื่อ .....ผู้พิจารณา (.....) วันที่ ..... เวลา .....</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> ไม่สามารถใช้บริการได้เนื่องจาก<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> อายุกรมธรรม์ยังไม่พ้น 30 วันนับตั้งแต่วันทำประกัน</li><li><input type="radio"/> กรมธรรม์ขาดผลบังคับ</li><li><input type="radio"/> ความเจ็บป่วยอยู่ในระยะเวลาที่รอการชำระเบี้ยประกัน</li><li><input type="radio"/> ข้อยกเว้นของความคุ้มครองตามเงื่อนไขกรมธรรม์</li><li><input type="radio"/> อื่นๆ .....</li></ul></li></ul>	