ตัวอย่างการกรอก * ข้อมูลสมมติ ห้ามใช้จริง

บริษัท เอไอเอ จำกัด
แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมกรณีผู้ป่วยนอก
Outpatient (OPD) Claim Form

C42200

สแกนที่นี่! | สมัครรับเงินผลประโยชน์ง่ายๆ ผ่านการสแกนครั้งเดียว
• สมัครฟรี • ไม่ต้องเดินทางไปที่ทำงาน • ปิดกรมธรรม์ได้ทันที • ไม่ต้องกรอกเอกสารซ้ำๆ
* สแกนครั้งแรกครั้งเดียว ครั้งต่อไปไม่ต้องสแกนอีก

Hospital Name: โรงพยาบาลตัวอย่าง ☐ Individual Insurance ☑ Group Insurance

☐ = ช่องสำคัญ ชื่อ วันเกิด เลขบัตรประชาชน อาการ

สำหรับผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย: นางสาวสมใจ ใจดี เพศ: ☐ ชาย ☑ หญิง เลขประจำตัวประชาชน: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
   วันเดือนปี เกิด: 12 มี.ค. 2530 อายุ: 39 ปี 7 เดือน อาชีพ: เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
   โทรศัพท์มือถือ: 081-234-5678 โทรศัพท์บ้าน: - อีเมล: somjai.j@example.com
   ที่อยู่ปัจจุบัน: 99/9 ถนนตัวอย่าง แขวงตัวอย่าง เขตตัวอย่าง กรุงเทพฯ 10000
2. กรมธรรม์เลขที่: 142818 (ประกันกลุ่ม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี): 0012345
   มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่ ☑ ไม่มี ☐ มี บริษัท: ..... กรมธรรม์เลขที่: .....
3. สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
   ☑ เจ็บป่วย อาการ: ไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล ระยะเวลาของอาการก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้: 2 วัน
   สถานพยาบาลที่ เคยรักษาก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้: - วันที่ เข้ารับการรักษา: -
   ☐ บาดเจ็บ วันที่ ได้รับบาดเจ็บ: ..... เวลา: ..... สถานที่ เกิดเหตุ: .....
   สาเหตุของการบาดเจ็บ: .....
   ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ ได้รับบาดเจ็บ: .....
4. สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ☐ ไม่เคยรักษาที่ใด ☐ เคยรักษาที่ ..... เมื่อ: .....
   โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิ์ค่ารักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน ..... บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัย ต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใดๆที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :
* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย: สมใจ ใจดี วันที่: 15 ต.ค. 2569 พยาน: ..... พยาน: .....
(นางสาวสมใจ ใจดี) ความสัมพันธ์: ..... (.....) (.....)

For Physician

1. Visit date: 15/10/2026 Time: 10:30 Vital signs: T: 38.6 P: 96 R: 20 BP: 118/76
2. Chief complaint duration: 2 days
3. Present illness or cause of injury: Fever, cough, sore throat, rhinorrhea for 2 days

   For Injury: Date of injury ..... Time: ..... Place of injury: ..... Details of injury: .....
4. Physical exam: Injected pharynx, lungs clear
5. Previous treatment for this illness or injury (Date & Place): None
6. The illness or injury influenced by alcohol or drug addict: ( ) No ( ) Yes, please specify .....
7. Is the illness related to: (please tick ☑ if yes)
   - ☐ Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage
   - ☐ Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder
   - ☐ Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction
   - ☐ An accident; Date of accident: ..... Time: .....
   - ☐ Congenital / Hereditary disease
   - ☐ Influence of Drugs / Alcohol
   - ☐ AIDS
   - ☑ None of above
8. Underlying condition: None
9. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.): Rapid influenza test: Influenza A positive
10. Diagnosis: Influenza A ICD10-TM: J10.1
11. Treatment: Oseltamivir, paracetamol, antihistamine
11. Surgery/Operation: - Date performed: ..... ICD9-CM: .....
    Anaesthesia Type: ( ) General Anaesthesia ( ) Spinal Anaesthesia ( ) Local Anaesthesia ( ) Others .....
12. Pathological report: -

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above.

Physician's signature ..... Medical specialty: ..... Medical license no: .....
(.....) Tel no: ..... Date: .....
Medical institute: ..... Address: .....

Remark: Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Medical Council

โรงพยาบาล AIA (ตัวอย่าง)

123 ถนนตัวอย่าง เขตตัวอย่าง กรุงเทพฯ 10000

โทร 0-0000-0000

ใบรับรองแพทย์

วันที่ 20 ต.ค. 2569

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง นพ.ใจดี รักษาดี

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ว.00000

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว สมใจ ใจดี

เมื่อวันที่ 20 ต.ค. 2569

พบว่า ไข้ ไอ เจ็บคอ (คออักเสบ)

จึงเห็นสมควร ให้พักรักษาตัว 2 วัน

ตั้งแต่วันที่ 20 – 21 ต.ค. 2569

ต้องมีลายเซ็นแพทย์

ลงชื่อ ..... ผู้รับ

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจ

(นพ.ใจดี รักษาดี)

ตัวอย่าง

เอกสารตัวอย่างประกอบคำอธิบาย
ไม่ใช่ใบรับรองแพทย์จริง

ตัวอย่างการกรอก * ข้อมูลสมมติ ห้ามใช้อ้างจริง

บริษัท เอไอเอ จำกัด
ฝ่ายสินไหมประกันกลุ่ม อาคาร เอไอเอทาวเวอร์ 2
181 ถนนสุรวงศ์ กรุงเทพฯ 10500
โทรศัพท์ 0 2634 8888 โทรสาร 0 2638 7721

แบบฟอร์มเรียกร้องผลประโยชน์ประกันกลุ่ม
แบบค่ารักษาฟัน

ส่วนที่ 1 สำหรับทันตแพทย์ที่ทำการรักษาเป็นผู้กรอก

TO AVOID RETURN OF CLAIM DUE TO INCOMPLETE INFORMATION, PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS.

NAME OF PATIENT : Miss Somjai Jaidee	AGE : 39	SEX : F
TO BE COMPLETED BY ATTENDING DENTIST.		
DENTIST NAME :	DENTIST LICENSE NO :	

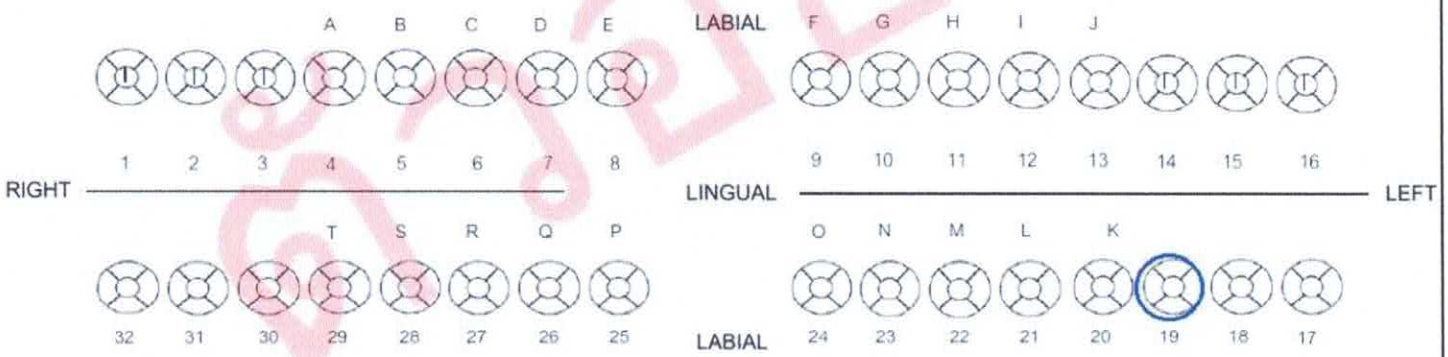
PLEASE ANSWER AS COMPLETED AS POSSIBLE.	IF YES, PLEASE GIVE BRIEF DESCRIPTION AND DATES.
If prosthesis, is this initial placement ?	No — Date of Rx:
Is treatment for orthodontics ?	No — Date of Rx:
Is treatment a result of accident ?	No — Date of Rx:

Please fill in the particulars for oral treatment (including X-rays, prophylaxis, material used, etc.) :

	Tooth No.	Particulars	Charges
1.	Full mouth	Scaling and polishing	800
2.	19	Composite filling (MO)	1,200
3.	19	Periapical X-ray	200
4.		Total	2,200 บาท
5.			
6.			

Please mark teeth treated or area of oral treatment on following chart.

☑ PERMANENT TEETH ☐ DECIDUOUS TEETH



I hereby certify that the services listed above have been performed on the above-named patient on the date indicated.

Dentist's Signature : _____ Hospital/clinic: _____ Date _____

( ) ประทับตรา รพ./คลินิค

ส่วนที่ 2 สำหรับพนักงานผู้เอาประกันเป็นผู้กรอก โดยสมบูรณ์

ชื่อนายจ้าง (บริษัท,ห้าง,ร้าน) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์			กรมธรรม์กลุ่มเลขที่ 142818
ชื่อพนักงานผู้เอาประกัน นางสาวสมใจ ใจดี	อายุ 39	เพศ หญิง	ใบรับรองเลขที่ 0012345

ใบมอบฉันทะให้ปรึกษาแพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลทางทันตกรรม

ณ ที่นี้ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่ทำการตรวจรักษาข้าพเจ้ามีอำนาจให้รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับประวัติการรักษาทางทันตกรรมของข้าพเจ้ากับบริษัท อเมริกันอินเตอร์แนชชั่นแนลแอสชัวรันส์ จำกัด อนึ่ง สำเนารูปถ่าย ของใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

	สมใจ ใจดี	20 ต.ค. 2569
ลายเซ็นชื่อผู้ป่วยที่อายุเกิน 18 ปี (ที่ไม่ใช่พนักงาน)	ลายเซ็นพนักงานผู้เอาประกัน	ลงนามวันที่

*Please attach original receipt(s) from the dentist.

ตัวอย่างการกรอก * ข้อมูลสมมติ ห้ามใช้ของจริง

บริษัท เอไอเอ จำกัด
แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมกรณีผู้ป่วยใน
Inpatient (IPD) Claim Form

C42500

สแกนที่นี่! | สมัครรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารแทนการรับเช็ค
• สมัครฟรี • ป้องกันสิ่งแปลกปลอม • ไม่เสียค่าธรรมเนียมผ่านเช็ค • ไม่เสียเวลาเรื่องเช็คหาย
* สามารถใช้บริการรับเงินค่อนสินไหมในครั้งถัดไป*

Hospital Name: โรงพยาบาลตัวอย่าง ☐ Individual Insurance ☑ Group Insurance

Part A ☐ = ช่องสำคัญ: ชื่อ วันเกิด เลขบัตรประชาชน อาการ

สำหรับผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย: นางสาวสมใจ ใจดี เพศ: ☐ ชาย ☑ หญิง เลขประจำตัวประชาชน: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
   วันเดือนปี เกิด: 12 มี.ค. 2530 อายุ: 39 ปี 7 เดือน อาชีพ: เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
   โทรศัพท์มือถือ: 081-234-5678 โทรศัพท์บ้าน: - อีเมล: somjai.j@example.com
   ที่อยู่ปัจจุบัน: 99/9 ถนนตัวอย่าง แขวงตัวอย่าง เขตตัวอย่าง กรุงเทพฯ 10000
2. กรมธรรม์เลขที่ 142818 (ประกันกลุ่ม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี): 0012345
   มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่ ☑ ไม่มี ☐ มี บริษัท: ..... กรมธรรม์เลขที่: .....
3. สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
   ☑ เจ็บป่วย อาการ: ไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัว ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : 3 วัน
   สถานพยาบาลที่เคยรักษา ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : คลินิกตัวอย่าง วันที่เข้ารับการรักษา: 10 ต.ค. 2569
   ☐ บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ: ..... เวลา: ..... สถานที่เกิดเหตุ: .....
   สาเหตุของการบาดเจ็บ: .....
   ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ ได้รับบาดเจ็บ: .....
4. สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ☐ ไม่เคยรักษาที่ใด ☐ เคยรักษาที่: ..... เมื่อ: .....
   โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิค่ารักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน: ..... บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัย ต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใดๆที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :
* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย: สมใจ ใจดี วันที่: 12 ต.ค. 2569 พยาน: ..... พยาน: .....
(นางสาวสมใจ ใจดี) ความสัมพันธ์: ..... (.....) (.....)

For Physician

1. Visit date: 12/10/2026 Time: 09:30 Vital signs: T: 39.2 P: 110 R: 22 BP: 100/60
2. Chief complaint duration: 3 days
3. Present illness or cause of injury: High fever, myalgia, headache for 3 days, poor oral intake
4. Physical exam: Flushed face, positive tourniquet test, no bleeding
5. Previous treatment for this illness or injury (Date & Place): 10/10/2026 Clinic, symptomatic Rx
6. Is the illness related to: (please tick ☑ if yes)
   - ☐ Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage
   - ☐ Congenital / Hereditary disease
   - ☐ Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder
   - ☐ Influence of Drugs / Alcohol
   - ☐ Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction
   - ☐ AIDS
   - ☐ An accident; Date of accident: ..... Time: .....
   - ☑ None of above
7. Underlying condition: None
8. Provisional diagnosis: Dengue fever
9. Can the condition be managed under Outpatient basis ☐Yes ☑No
   (If No please provide more information) Platelet 85,000/uL with dehydration, needs IV fluid and monitoring
10. Reasons of admission: Dengue fever with thrombocytopenia and dehydration
11. Treatment: IV fluid, paracetamol, CBC monitoring every 12 hr

Please attach assessment form if admit with following condition

URI
Influenza
Acute Diarrhoea
Vertigo

Physician's name ..... Medical license No. ..... Specialty .....
(.....) Date .....

ตัวอย่างการกรอก * ข้อมูลสมมติ ห้ามใช้จริง

Part B

Medical certification

Patient's Name: Miss Somjai Jaidee Sex ☐ Male ☑ Female HN: HN000000 AN: AN000000 Age 39 year(s) 7 month(s)

Admission Date: 12/10/2026 Time: 10:00 Discharge Date: 15/10/2026 Time: 11:00 Consultation Date: 12/10/2026

1. For Illness

a) Date you first saw this patient for this illness: 12/10/2026

b) Chief complaint and duration of symptom(s):
High fever 3 days, myalgia, headache,
poor oral intake

2 For Injury

a) Date of injury..... Time: .....

b) Cause of injury.....

c) Details of injury .....

d) Did you smell alcohol from the patient?
( ) No ( ) Not known
( ) Yes, blood alcohol test (if any) = ... mg%

e) Level of consciousness ( ) Normal ( ) Confusion
( ) Drowsiness ( ) Semi-coma ( ) Coma

f) Estimated time for recovery .....

3. Did the patient need to be admitted to hospital? ( ) No (☑) Yes, indication for admission Thrombocytopenia with dehydration, needs IV fluid

4. Vital signs: T 39.2 P 110 R 22 BP 100/60

5. Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs) Fever, petechiae, positive tourniquet test

6. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.) CBC: Plt 85,000/uL, Hct 45%; NS1 Ag positive

7. HIV Test (☑) No ( ) Yes, Result: ..... Date performed: .....

8. Underlying disease: None

9. Diagnosis 1: Dengue fever ICD10-TM: A97.0
Diagnosis 2: ..... ICD10-TM: .....
Diagnosis 3: ..... ICD10-TM: .....

Discharge DRG	
Adjusted RW	

10. Treatment: IV fluid, paracetamol, CBC monitoring every 12 hr

11. Surgery/Operation: - ICD9-CM: ..... Date performed: .....
Anaesthesia Type: ( ) General Anaesthesia ( ) Spinal Anaesthesia ( ) Local Anaesthesia ( ) Others .....

12. Pathological report: -

13. Complications (if any): None

14. Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? (☑) No ( ) Yes, please specify.....

15. For Female: Is the patient pregnant? (☑) No ( ) Yes, gestational age.....weeks
Was the treatment related to infertility? (☑) No ( ) Yes, please specify .....

16. Has patient ever been treated by another doctor before? (☑) No ( ) Yes, please give name and address .....

17. Was the illness/injury contributed to or influenced by any of the following
a) Physical defects/congenital anomaly (☑) No ( ) Yes
b) Degenerative change(s) (☑) No ( ) Yes

18. Others past medical history

Date	Sign & Symptom	Diagnosis	Treatment	Physicians / Hospital

19. Other comments about the injury / illness Recovered, discharged with follow-up in 7 days

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above.

Physician's signature ..... Medical specialty: ..... Medical license no: .....
(.....) Tel no: ..... Date: .....
Medical institute: ..... Address: .....

Remark: Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Medical Council

โรงพยาบาล AIA (ตัวอย่าง)

123 ถนนตัวอย่าง เขตตัวอย่าง กรุงเทพฯ 10000

โทร 0-0000-0000

ใบรับรองแพทย์

วันที่ 20 ต.ค. 2569

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง นพ.ใจดี รักษาดี

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ว.00000

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว สมใจ ใจดี

เมื่อวันที่ 20 ต.ค. 2569

พบว่า ไข้ ไอ เจ็บคอ (คออักเสบ)

จึงเห็นสมควร ให้พักรักษาตัว 2 วัน

ตั้งแต่วันที่ 20 – 21 ต.ค. 2569

ต้องมีลายเซ็นแพทย์

ลงชื่อ ..... ผู้รับ

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจ

(นพ.ใจดี รักษาดี)

ตัวอย่าง

เอกสารตัวอย่างประกอบคำอธิบาย
ไม่ใช่ใบรับรองแพทย์จริง

ตัวอย่างการกรอก * ข้อมูลสมมติ ห้ามใช้จริง

บริษัท เอไอเอ จำกัด
แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมกรณีผู้ป่วยนอก /กาย ภาพ บำบัด
Outpatient (OPD) Claim Form

C42200

สแกนที่นี่! | สมัครรับเงินผลประโยชน์ผ่านบัญชีธนาคารแทนการรับเช็ค
• สมัครฟรี • ปิดกั้นมิจฉาชีพได้ขั้นเด็ด
• ไร้กังวลเรื่องเช็คหาย • ไม่เสียค่าธรรมเนียมบำฟากเช็ค
* สามารถใช้บริการรับเงินค่าสินไหมในครั้งต่อไป*

Hospital Name: โรงพยาบาลตัวอย่าง ☐ Individual Insurance ☑ Group Insurance

■ = ช่องสำคัญ: ชื่อ วันเกิด เลขบัตรประชาชน อาการ

สำหรับผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย: นางสาวสมใจ ใจดี เพศ: ☐ ชาย ☑ หญิง เลขประจำตัวประชาชน: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
   วันเดือนปี เกิด: 12 มิ.ค. 2530 อายุ: 39 ปี 7 เดือน อาชีพ: เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
   โทรศัพท์มือถือ: 081-234-5678 โทรศัพท์บ้าน: - อีเมล: somjai.j@example.com
   ที่อยู่ปัจจุบัน: 99/9 ถนนตัวอย่าง แขวงตัวอย่าง เขตตัวอย่าง กรุงเทพฯ 10000
2. กรมธรรม์เลขที่: 142818 (ประกันกลุ่ม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี) 0012345
   มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่: ☑ ไม่มี ☐ มี บริษัท: ..... กรมธรรม์เลขที่: .....
3. สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
   ☑ เจ็บป่วย อาการ: ทำกายภาพบำบัด ระยะเวลาของอาการก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ 2 วัน
   สถานพยาบาลที่เคยรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้: - วันที่เข้ารับการรักษา: -
   ☐ บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ: ..... เวลา: ..... สถานที่เกิดเหตุ: .....
   สาเหตุของการบาดเจ็บ: .....
   ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ: .....
4. สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ☐ ไม่เคยรักษาที่ใด ☐ เคยรักษาที่ ..... เมื่อ: .....
   โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิค่ารักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน ..... บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัย ต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใดๆที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

หมายเหตุ :
* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย: สมใจ ใจดี วันที่: 15 ต.ค. 2569 พยาน: ..... พยาน: .....
(นางสาวสมใจ ใจดี) ความสัมพันธ์: ..... (.....) (.....)

For Physician

1. Visit date: 15/10/2026 Time: 10:30 Vital signs: T: 38.6 P: 96 R: 20 BP: 118/76
2. Chief complaint duration: 2 days
3. Present illness or cause of injury: Fever, cough, sore throat, rhinorrhea for 2 days
   For Injury: Date of injury ..... Time: ..... Place of injury: ..... Details of injury: .....
4. Physical exam: Injected pharynx, lungs clear
5. Previous treatment for this illness or injury (Date & Place): None
6. The illness or injury influenced by alcohol or drug addict: ( ) ☑ No ( ) Yes, please specify .....
7. Is the illness related to: (please tick ☑ if yes)
   ☐ Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage
   ☐ Congenital / Hereditary disease
   ☐ Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder
   ☐ Influence of Drugs / Alcohol
   ☐ Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction
   ☐ AIDS
   ☐ An accident; Date of accident: ..... Time: .....
   ☑ None of above
8. Underlying condition: None
9. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.): Rapid influenza test: Influenza A positive
10. Diagnosis: Influenza A ICD10-TM: J10.1
11. Treatment: Oseltamivir, paracetamol, antihistamine
11. Surgery/Operation: - Date performed: ..... ICD9-CM: .....
    Anaesthesia Type: ( ) General Anaesthesia ( ) Spinal Anaesthesia ( ) Local Anaesthesia ( ) Others .....
12. Pathological report: -

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above.

Physician's signature ..... Medical specialty: ..... Medical license no: .....
(.....) Tel no: ..... Date: .....
Medical institute: ..... Address: .....

Remark: Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Medical Council

โรงพยาบาล AIA (ตัวอย่าง)

123 ถนนตัวอย่าง เขตตัวอย่าง กรุงเทพฯ 10000

โทร 0-0000-0000

ใบรับรองแพทย์

วันที่ 20 ต.ค. 2569

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง นพ.ใจดี รักษาดี

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ว.00000

ได้ทำการตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว สมใจ ใจดี

เมื่อวันที่ 20 ต.ค. 2569

พบว่า ปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่

ต้องระบุจำนวนครั้ง และช่วงวันที่ ให้ชัดเจน

จึงเห็นสมควร รักษากายภาพบำบัดต่อเนื่อง 30 ครั้ง

ต่อเนื่อง 1 ปี ระยะเวลา 19 ต.ค. 2569 – 19 ต.ค. 2570

ต้องมีลายเซ็นแพทย์

ลงชื่อ ..... ผู้รับ

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจ

(นพ.ใจดี รักษาดี)

ตัวอย่าง

เอกสารตัวอย่างประกอบคำอธิบาย
ไม่ใช่ใบรับรองแพทย์จริง