



ส่วนที่ 1 ADMISSION

ถึง	บริษัท บupaประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)	จาก	โรงพยาบาล.....ห้อง.....
	แผนก Case Management โทรสาร 0-2235-9099 (หมายเลขอัตโนมัติ)		หมายเลขโทรสาร..... ชื่อผู้ส่ง.....

ตอนที่ 1 สำหรับผู้ป่วยประกัน

ชื่อ-สกุล.....วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี เพศ.....บัตรประชาชน/อื่น (ระบุ).....
 ที่อยู่ปัจจุบัน.....โทรศัพท์.....เลขที่บัตร.....
 เลขที่กรมธรรม์.....
 บริษัทประกันอื่น ๆ (ถ้ามี โปรดระบุ).....เลขที่กรมธรรม์.....

กรณีอุบัติเหตุส่วนบุคคล เลขที่กรมธรรม์.....ลำดับที่ (ถ้ามี).....จากการเกิดเหตุครั้งนี้
 () ไม่เคยรักษาที่ใด () เคยรักษาที่.....เมื่อ.....โดยใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงิน.....บาท
 ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่าการรักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้ว
 ตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง
 หมายเหตุ: บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่ากรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของท่านอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์
 ข้าพเจ้าขอตกลงและยินยอมให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลผู้อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้ามีอำนาจแจ้งข้อความใด ๆ เกี่ยวกับ การ
 เจ็บป่วย บาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค โภชเภยหรือการรักษา รวมถึงประวัติทางการแพทย์ บันทึกการตรวจรักษาที่ผ่านมา และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับกรตรวจทดสอบเลือดและการตรวจรักษา
 ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคมุมักันกับพร่อง พร้อมสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าทั้งหมด ณ สถานพยาบาลใด ๆ ต่อบริษัท หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัท ๆ หนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอม
 นี้ให้ถือว่าผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ
 ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัท ทั้งด้านหน้าและด้านหลังของเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้ว
 จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ตามที่ระบุไว้ทั้งด้านหน้าและด้านหลังของเอกสารนี้ทุกประการ
 ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน พยาน..... พยาน.....
 (.....) วัน/เดือน/ปี (.....) (.....)

ตอนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา

Admission DateTime.....	Underlying diseases.....
Vital signs T:.....BP:.....P.....R.....	Provisional Diagnosis.....
Chief complaint/duration.....	Indication for Admission.....
Cause & Details of PI (or inj).....	Plan of Treatment.....
History of previous treatment (Date & Place).....	Expected Length of stay.....(days)
The illness directly related to an accident () Yes (Cause & Date)..... () No Others	Others..... <input type="checkbox"/> Private case <input type="checkbox"/> Hospital case
The illness or injury influenced by alcohol or drug addict. () Yes..... () No	Signature..... (.....) Medical License No.....

ตอนที่ 3 สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท

Pre auth.No

บริษัทได้พิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับ ขอเรียนว่า () ยืนยันสิทธิเบื้องต้น (ทางบริษัทขอสงวนสิทธิ์การจ่ายถ้าสถานะไม่ได้รับความคุ้มครองตามสัญญา)
 ไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจาก () สัญญาขาดผลบังคับ () เป็นข้อยกเว้นตามเงื่อนไขกรมธรรม์
 () อายุสัญญาอยู่ในระยะเวลาที่ยังไม่สามารถใช้สิทธิได้ก่อน.....เดือน
 () อื่น ๆ

ลงชื่อ.....ผู้พิจารณา วันที่.....เวลา.....