

บมจ. อยูธยา อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันชีวิต

แบบฟอร์มเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD)

สำหรับตัวแทนหรือผู้นำส่งหรือนายหน้า		
ชื่อผู้นำส่ง	วันที่นำส่ง	
ชื่อตัวแทน/ผู้บริหารตัวแทน/นายหน้า	รหัส	โทรศัพท์
หน่วย/เขต/ภาค/ธนาคาร	สาขา	โทรสาร
สำหรับผู้เอาประกันภัย		
ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย		เลขที่กรมธรรม์
ที่อยู่	อายุ	ปี เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง
..... รหัสไปรษณีย์		โทรศัพท์
สาเหตุเนื่องจาก <input type="checkbox"/> เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ (ระบุวันที่เกิดอุบัติเหตุ)		
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)		

ขอส่งเอกสารเพื่อประกอบการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกดังรายการต่อไปนี้					เฉพาะพนักงานสาขา ได้ตรวจเอกสารตามรายการข้างต้นแล้ว ปรากฏว่า <input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ ขาดเอกสารดังนี้ ผู้ตรวจเอกสาร, วันที่, กรณีเอกสารไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน กรุณาส่งคืนเพื่อแก้ไขใหม่
ลำดับ	วันที่ รับการรักษา	เลขที่ใบเสร็จ รับเงินต้นฉบับ	จำนวนเงิน	ใบรับรองแพทย์	
				มี	ไม่มี
1					
2					
3					
4					
5					

ข้าพเจ้าผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์เลขที่ดังกล่าว ขอรับรองว่าการเจ็บป่วยและเอกสารประกอบการพิจารณาถูกต้อง และเป็นความจริงทุกประการ

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัยหรือผู้ปกครอง วันที่

ใบมอบฉันทะ

ข้าพเจ้าขอมอบฉันทะให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้กระทำการรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งถึงการเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บ ประวัติของทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือนบันทึกทางการแพทย์ของข้าพเจ้าต่อ บมจ. อยูธยา อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันชีวิต หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของใบมอบฉันทะนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายเซ็นผู้เอาประกันภัยหรือผู้ปกครอง วันที่

ส่วนนี้ใช้เฉพาะกรณีที่ตัวแทนได้สำรองเงินให้ผู้เอาประกันภัย หรือผู้ปกครองไปแล้วเท่านั้น

ใบมอบให้รับเงินแทน

ข้าพเจ้า ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์เลขที่

ขอมอบให้ รับเงินหรือรับโอนเงินค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาเพิ่มเติมผู้ป่วยนอกจาก บมจ. อยูธยา อลิอันซ์ ซี.พี. ประกันชีวิต จำนวน บาท แทนข้าพเจ้า โดยถือเสมือนข้าพเจ้ารับเงินด้วยตนเอง

ลงชื่อ ผู้มอบให้รับเงินแทน ลงชื่อ ผู้รับเงินแทน
 (.....) (ผู้เอาประกันภัยหรือผู้ปกครอง) (.....) (ตัวแทนเจ้าของกรมธรรม์)

วันที่ รหัสตัวแทน

การ "มอบให้รับเงินแทน" จะกระทำได้เฉพาะในกรณีที่ ตัวแทนเจ้าของกรมธรรม์ (บัตรตัวแทนยังมีผลบังคับ) ได้จ่ายเงินให้ ผู้เอาประกันภัย ไปก่อนเท่านั้น และใบมอบอำนาจนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีลายเซ็น ผู้มอบให้รับเงินแทน และ ผู้รับเงินแทน ครบถ้วนทั้ง 2 ช่อง