



ผู้เอาประกันภัยบริษัท.....	โรงพยาบาล..... HN#.....
กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....	วันที่เข้ารับรักษา..... เวลา..... น. ผู้ส่ง.....

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอก/ Section 1 (To be completed by the Insured Person)

ชื่อ-สกุล Name	วันเดือนปี เกิด Date of Birth	อายุ Age	ปี
อาชีพ Occupation	บัตรประชาชน/อื่นๆ ระบุ ID Card/Other, please specify	เลขที่บัตร No.	
ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address		โทรศัพท์ Telephone No.	
บริษัทประกันอื่นๆ (ถ้ามี โปรดระบุ) ชื่อบริษัท Other insurers (if any, please specify)	หมายเลขกรมธรรม์ Policy No.	ประเภทของการประกันภัย Type of Insurance	
อาการเจ็บป่วยหรือ อุบัติเหตุ ลักษณะของอาการหรือการเกิดเหตุโดยสังเขป Symptoms of illness or accident & brief details of how the accident occurred:			
วันที่เกิดเหตุ Date of accident	เวลาที่เกิดเหตุ Time	สถานที่เกิดเหตุ Place of accident	
การเจ็บป่วย/การเกิดเหตุครั้งนี้ As a result of this illness or accident,	<input type="checkbox"/> ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน I have not been treated	<input type="checkbox"/> เคยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาล have been treated at	เมื่อวันที่ Date of treatment:.....
โดยได้ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น The cost of treatment that has already been given	บาท Baht	ยังคงเหลือวงเงินตามสิทธิสำหรับค่ารักษาพยาบาลอีก The balance remaining under the limit for medical expenses	บาท Baht
ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาโรค โภชเภสัช หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท อินทราประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบอำนาจนี้ให้ถือว่าผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ			
I hereby authorize any hospital, doctor or other person who has attended to me or any member of my family to furnish the Indara Insurance Public Company Limited or its representatives with all information including medical history, consultations, prescriptions, treatment, and copies of all hospital & medical records related to this claim. I agree that a photocopy of this Authorization shall be considered as effective and valid as the original.			
ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย วันที่ Signed	(the Insured person)	Date	

ส่วนที่ 2 สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษากรอก/ Section 2 Medical Information (To be completed by the attending doctor)

The Patient's Name ..	Is the illness/injury related to an accident? <input type="checkbox"/> Yes, <input type="checkbox"/> No,
Chief Complaint:	
1. Symptom / Accident date.....2. Date you first saw the patient for this illness / injury.....	
3. (a) Present illness / Details of injury:.....	
(b) Pertinent clinical findings (symptom & signs).....	
4. Diagnosis 1.ICD10.....	
Diagnosis 2.....ICD10.....	
5. Treatment <input type="checkbox"/> Suture.....stitch <input type="checkbox"/> Wound dressing <input type="checkbox"/> Physical therapy <input type="checkbox"/> Others.....	
<input type="checkbox"/> Medication / Investigation / Other (please specify):.....	
6. Was the patient pregnant at the time of treatment? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes.....weeks (LMP.....)	
7. Other comments:	
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.	
Hospital Name.....	Telephone No.....
Name of physician.....	License No.....Speciality.....
Signature.....	Date.....