



MSIG Insurance (Thailand) Public Company Limited
1908 MSIG Building, New Petchburi Road, Bangkok,
Huay Kwang, Bangkok 10310
Tel +66 (0) 2788 8888 Fax +66 (0) 2318 8550

บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
1908 อาคาร เอ็ม เอส ไอ จี ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ
เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
เลขทะเบียนนิติบุคคล 0107555000414

แบบฟอร์มคนไข้นอก กรณีเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ (OPD CLAIM FORM)

ถึง TO	บริษัท เอ็ม เอส ไอ จี ประกันภัย (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) โทร 02-7888888 แฟกซ์ 02-7181502 กรมธรรม์เลขที่	จาก FROM	โรงพยาบาล..... HN#..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... วันที่เข้ารับการรักษา..... เวลา..... น. ผู้ส่ง.....
ส่วนที่ 1 สำหรับผู้เอาประกันภัยกรอก/ Section 1 (To be completed by the Insured Person) กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน			
ชื่อ-สกุล Name		วันเดือนปีเกิด Date of Birth	อายุ Age
อาชีพ Occupation		บัตรประชาชน/อื่นๆ ระบุ ID Card/Other, please specify	เลขที่บัตร No.
ที่อยู่ปัจจุบัน Current Address		โทรศัพท์ Telephone No.	
บริษัทประกันภัยอื่นๆ (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 เวลาที่เกิดเหตุ สถานที่เกิดเหตุ			
การเจ็บป่วย/การเกิดเหตุครั้งนี้ท่าน ☐ ไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน ☐ เคยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาล เมื่อวันที่			
As a result of this illness or accident, I have not been treated I have been treated at Date of treatment:			
โดยได้ใช้สิทธิไปแล้วเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น บาท ยังคงเหลือวงเงินตามสิทธิสำหรับค่ารักษาพยาบาลอีก บาท The cost of treatment that has already been given Baht The balance remaining under the limit for medical expenses Baht			
ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นใดที่ได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งข้อความใดๆ ที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ การปรึกษาหารือในสิ่งยา หรือการรักษา และสำเนาเอกสารประวัติทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้งหมดต่อ บริษัท ประกันภัยตามที่ปรากฏด้านบน หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ อนึ่ง สำเนาใบมอบอำนาจนี้ให้ถือว่าใช้ได้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ			
I hereby authorize any hospital, doctor or other person who has attended to me or any member of my family to furnish the Insurance Company 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			
ต้องการรับค่าสินไหมฯ เป็น ☐ เชื้อ ☐ ครีฟ ☐ โอนเงินเข้าบัญชี ☐ ส่งจ่ายในนาม			
กรณีโอนเงิน กรุณาแนบสำเนาสมุดเงินฝากธนาคาร พร้อมกับสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนมาพร้อมเอกสารฉบับนี้ บัญชีธนาคารเลขที่ สาขา.....			
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? ☐ Yes, ☐ 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 ☐ Suture.....stitch ☐ Wound dressing ☐ Physical therapy ☐ Others.....			
☐ Medication / Investigation / Other (please specify):.....			
6. Was the patient pregnant at the time of treatment? ☐ No ☐ 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.....			