



แบบฟอร์ม คำขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษาพยาบาลเพื่อดำเนินการ
ด้านประกันชีวิตของผู้ป่วย (ผู้ป่วยเสียชีวิต)

F-WI-RAISO-HD-005/03

Rev.00

ผู้ป่วยเสียชีวิต

คำขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษาพยาบาล
เพื่อดำเนินการด้านประกันชีวิต

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง ขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี

ด้วยข้าพเจ้า (ชื่อ – นามสกุล)..... อายุ..... ปี

เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยซึ่งถึงแก่กรรมในฐานะเป็น บุตรของด้วยกฎหมายหรือบุตรบุญธรรมของผู้ป่วย คู่สมรสของผู้ป่วย
 บิดาหรือมารดาของผู้ป่วย พี่น้องร่วมบิดามารดาของผู้ป่วย ผู้รับมอบอำนาจ มีความประสงค์ที่จะขอให้แพทย์สรุปประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่ วันที่..... ถึงวันที่.....

บัตรประจำตัวผู้ป่วยหมายเลข (HN)..... ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วย.....

เพื่อเรียกร้องให้บริษัท..... จ่ายค่าสินไหมทดแทนหรือรับเงินที่เอาประกันไว้

ในกรณี ชดเชยรายวัน อุบัติเหตุ เบิกค่ารักษาพยาบาล โรคร้ายแรง อื่นๆ.....

การรับเอกสาร :

- ข้าพเจ้ามารับใบสรุปประวัติการรักษาด้วยตนเอง
- มอบอำนาจให้ (โปรดระบุชื่อ-นามสกุล)..... เป็นผู้มารับ
- ข้าพเจ้าให้ส่งกลับใบสรุปประวัติการรักษาตามที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา พร้อมกันนี้ได้แนบค่าธรรมเนียม จำนวน ๓๐๐ บาท และหลักฐานต่างๆ มาด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ..... ผู้ขอ
(.....)

ชำระเงินที่การเงินกลางชั้น 1 อาคาร 1

ผู้ป่วยได้ชำระเงินแล้ว
ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่
ผู้รับ..... เจ้าหน้าที่การเงิน
ใบเสร็จรับเงินล่วงที่.....

หลักฐาน

- ๑. สำเนาใบมรณะบัตรของผู้ป่วย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการหรือบัตรอื่นๆที่มีรูปถ่ายซึ่งทางราชการเป็นผู้ออกให้ของผู้ของผู้ยื่นขอ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ๓. หลักฐานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เช่น หลักฐานการเบี้ยยังชื้อ-นามสกุล (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ๔. สำเนาหนังสือหลักฐานที่แสดงความเป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตรหรือบุตรบุญธรรม หรือพี่น้องร่วมบิดา มารดาของผู้ป่วย เช่น สำเนาทะเบียนบ้าน ทะเบียนสมรส หนังสือจดทะเบียนรับบุตรบุญธรรม (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
- ๕. แสดงบัตรโรงพยายาบาลหรือแจ้งเลขหมายบัตรโรงพยายาบาล
- ๖. แบบฟอร์มหนังสือสรุปประวัติการรักษาพยาบาลของบริษัทประกันชีวิต (ถ้ามี)
- ๗. หากมีข้อสงสัยโปรดติดต่องานบริหารโรงพยาบาลรามาธิบดี โทร (๐๒) ๒๐๑-๑๐๕๐ ในวันและเวลาราชการ