

## แบบฟอร์มการรับประกันการรักษา

### แผนสุขภาพแบบขยาย

กรณารอกแบบฟอร์มนี้ด้วยตัวอักษรพิมพ์ใหญ่

ไม่จำเป็นต้องมีการรับประกันการรักษาก่อนการรักษาแบบฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าคุณ แพทย์ของคุณ ผู้อยู่ในความดูแลของคุณ หรือเพื่อนร่วมงานต้องแจ้งให้เราทราบเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของคุณภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากเข้ารับการรักษา

สายด่วนของเรา (+ 353 1 630 1301) สามารถรับรายละเอียดการรับประกันการรักษาทางโทรศัพท์ หากการรักษานั้นใช้เวลามากกว่า 72 ชั่วโมง โปรดเตรียมข้อมูลให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ก่อนการโทร รวมทั้งรายละเอียดการติดต่อของแพทย์

**ส่วนที่ 1** ต้องกรอกให้ครบถ้วนโดย (หรือในนามของ) ผู้ป่วย

**ส่วนที่ 2** จะต้องกรอกให้ครบถ้วนโดยแพทย์

การไม่กรอกแบบฟอร์มนี้ให้ครบถ้วนจะทำให้เรารับประกันการรักษาของคุณล่าช้า เนื่องจากเราอาจต้องติดต่อคุณหรือผู้ให้บริการทางการแพทย์เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม

นโยบายของผู้ป่วยจะต้องมีผลบังคับใช้ในขณะทำการรักษา โปรดทราบว่ากรอกข้อมูลการเงินขึ้นอยู่กับข้อกำหนดและเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับประเมินเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดที่เราต้องการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขทางการแพทย์

#### 1 รายละเอียดผู้ป่วย กรอกโดย (หรือในนามของ) ผู้ป่วย

หมายเลขกรมธรรม์	<input type="text"/>
ชื่อ	<input type="text"/>
นามสกุล	<input type="text"/>
วันเดือนปีเกิด	<input type="text"/>

#### ข้อมูลผู้ติดต่อ โปรดระบุว่าเราควรติดต่อใครเกี่ยวกับความคืบหน้าของค่าชอรับประกันการรักษานี้

ชื่อ	<input type="text"/>
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ตัวอย่าง ตนเอง, คู่สมรส/คู่ครอง/ผู้ปกครอง)	<input type="text"/>
หมายเลขโทรศัพท์	รหัสประเทศ <input type="text"/> รหัสพื้นที่ <input type="text"/>
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ	รหัสประเทศ <input type="text"/> รหัสเครือข่าย <input type="text"/>
อีเมล	<input type="text"/>

#### เราใส่ใจในการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ

ประกาศเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลของเราอธิบายว่าเราปกป้องความเป็นส่วนตัวของคุณอย่างไร นี่เป็นประกาศสำคัญที่ระบุว่าเราจะประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของคุณอย่างไร คุณควรอ่านก่อนที่จะส่งข้อมูลส่วนตัวใดๆ ให้กับเรา หากต้องการอ่านประกาศเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูล โปรดไปที่: [www.allianzcare.com/en/privacy.html](http://www.allianzcare.com/en/privacy.html)

หรือคุณสามารถติดต่อเราได้ที่ + 353 1 630 1301 เพื่อขอสำเนาเอกสารประกาศการคุ้มครองข้อมูลฉบับสมบูรณ์ของเรา หากคุณมีคำถามใดๆ เกี่ยวกับวิธีที่เราใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของคุณ คุณสามารถติดต่อเราได้ตลอดเวลาทางอีเมลที่: [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

ข้าพเจ้าตกลงที่จะละสิทธิใดๆ ที่ข้าพเจ้าอาจต้องใช้ในการรักษาความลับ/การรักษาความลับทางการแพทย์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้า และข้าพเจ้านุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ หรือสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า หากได้รับการร้องขอจากอสังค์เซอร์ที่ปรึกษาทางการแพทย์หรือผู้แทนที่ได้รับการแต่งตั้ง หรือผู้เชี่ยวชาญที่เป็นบุคคลภายนอกในกรณีที่มีข้อพิพาท ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดทางกฎหมายที่อาจมีผลบังคับใช้

หากผู้เยาว์ได้รับการรักษา บิดามารดาหรือผู้ปกครองควรลงนามและลงวันที่ในส่วนนี้

 ลายเซ็นของผู้ป่วย

วันที่

#### เราต้องการความยินยอมของคุณ

เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลทั่วไป (GDPR) เราต้องการความยินยอมจากคุณในการประมวลผลข้อมูลทางการแพทย์และชำระค่ารักษาพยาบาลของคุณ หากคุณไม่ได้ให้ความยินยอมกับเรา โปรดเข้าไปที่ <https://my.allianzcare.com/myhealth/login> เข้าสู่ระบบ MyHealth Digital Services และทำเครื่องหมายในช่องที่จำเป็น หรือคุณสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มให้ความยินยอมได้จาก [www.allianzcare.com/en/consent-form](http://www.allianzcare.com/en/consent-form) สามารถขอสำเนาเอกสารได้ โปรดทราบว่าสมาชิกทุกคนในกรมธรรม์ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีต้องให้ความยินยอมด้วยตนเอง



เพื่อความสะดวกในการขออนุมัติล่วงหน้า โปรดส่งเอกสารที่จำเป็นทั้งหมด:

- แบบฟอร์มรับประกันการรักษาที่กรอกครบถ้วนและลงนามแล้ว
- คำชี้แจง / ใบรับรองแผนประกันท้องถิ่นหรือแผนประกันสังคมของคุณที่แสดงความคุ้มครองนั้นใช้งานได้ และผลประโยชน์ที่คุณได้รับรวมถึงข้อจำกัดใดๆ (เพื่อที่จะตรวจสอบคำขอของคุณอย่างเหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญสำหรับเราที่จะตรวจสอบว่าประกันในพื้นที่หรือแผนประกันสังคมของคุณครอบคลุมครบถ้วนหรือไม่ / ครอบคลุมบางส่วน / ปฏิเสธหรือยกเลิกค่าใช้จ่ายในการรักษา ในกรณีดังกล่าว โปรดให้คำชี้แจงการปฏิเสธ / คำอธิบายของผลประโยชน์ / ใบแจ้งยอดบัญชีหรือเอกสารอื่น ๆ ที่สนับสนุนการตรวจสอบ)
- เอกสารเพิ่มเติมใดๆ (คำรักษา รายงานทางการแพทย์ ฯลฯ) ที่สนับสนุนคำขอของคุณ

โปรดส่งแบบฟอร์มรับประกันการรักษาที่กรอกครบถ้วนพร้อมเอกสารประกอบทั้งหมดอย่างน้อยห้าวันทำการก่อนการรักษาโดยวิธีใดวิธีหนึ่งต่อไปนี้  
ส่งอีเมลล์ไปที่: [apple.helpline@e.allianz.com](mailto:apple.helpline@e.allianz.com)

เราขอแนะนำให้คุณเก็บสำเนาของการติดต่อทั้งหมดไว้กับเรา เนื่องจากเราไม่สามารถรับผิดชอบต่อการติดต่อที่ไม่ได้มาถึงเราด้วยเหตุผลใดก็ตามที่อยู่นอกเหนือการควบคุมที่เหมาะสมของเรา

หากคุณมีคำถามใด ๆ โปรดติดต่อเรา:

สายด่วน : + 353 1 630 1301 หรืออีเมล: [apple.helpline@e.allianz.com](mailto:apple.helpline@e.allianz.com)

สำหรับรายการหมายเลขโทรฟรีของเรา โปรดไปที่: [www.allianzcare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzcare.com/toll-free-numbers)

ศูนย์รวมสมาชิก: [www.allianzcare.com/apple](http://www.allianzcare.com/apple)