

ข้อมูลผู้เอาประกันภัย

Insured's Information

ชื่อผู้เอาประกันภัย  
Insured's Name

กรมธรรม์เลขที่  
Policy No.

ชื่อผู้เป็นโรคมะเร็ง  
Cancer Patient

พบแพทย์ครั้งแรกเมื่อ  
Date of first consultant

ได้รับการวินิจฉัยเมื่อ  
Diagnosis Date

อาการ  
Symptom

ชื่อแพทย์ - สถานพยาบาลที่ให้การวินิจฉัย  
Attending physician - Hospital

ประเภท/Type of coverage

- รายบุคคล/Individual
- แผนครอบครัว/Family
- แผนการประกันภัยกลุ่ม/Group

กรุณาแนบเอกสารประกอบทั้งหมด

ดังต่อไปนี้ เพื่อใช้ในการเรียกร้องค่าสินไหม

ทดแทน (Documents attached)

- 1. ใบรายงานแพทย์และผลการตรวจวินิจฉัยโรค (ผลตรวจเนื้อเยื่ออย่างละเอียดจากห้องปฏิบัติการ) Medical reports/Lab tests
- 2. ใบเสร็จรับเงินที่แสดงรายการค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยโรค Original receipts
- 3. สำเนาแฟ้มประวัติการรักษาจากสถานพยาบาล
- 4. เอกสารอื่นๆ (ระบุ) others (specify)
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนที่ลงลายมือชื่อรับรอง

เอกสารยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หน่วยงานราชการ บริษัทประกันภัย เปิดเผยข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล ผลตรวจห้องปฏิบัติการ และสำเนารายงานการรักษาของข้าพเจ้า ให้แก่บริษัท ..... หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อดำเนินการพิจารณาสินไหม

นอกจากนั้นข้าพเจ้าขอให้คำยินยอมไว้แก่บริษัท รวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ ให้ดำเนินการตรวจเลือด การตรวจดังกล่าวนี้ให้รวมถึงการตรวจเชื้อไวรัสโรคเอดส์/HIV

อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของเอกสารยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อผู้ให้ความยินยอม ..... ลงชื่อผู้กระทำการแทน .....

( ) ( )

ความสัมพันธ์ .....

ในกรณีที่ผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงชื่อในเอกสารนี้ ให้ผู้รับประโยชน์ หรือผู้กระทำการแทนลงชื่อพร้อมระบุความสัมพันธ์

กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้พร้อมหลักฐานภายใน 60 วันนับจากวันที่ทราบผลการตรวจวินิจฉัย

Please return this form within 60 days after receipt of the diagnosis' result.